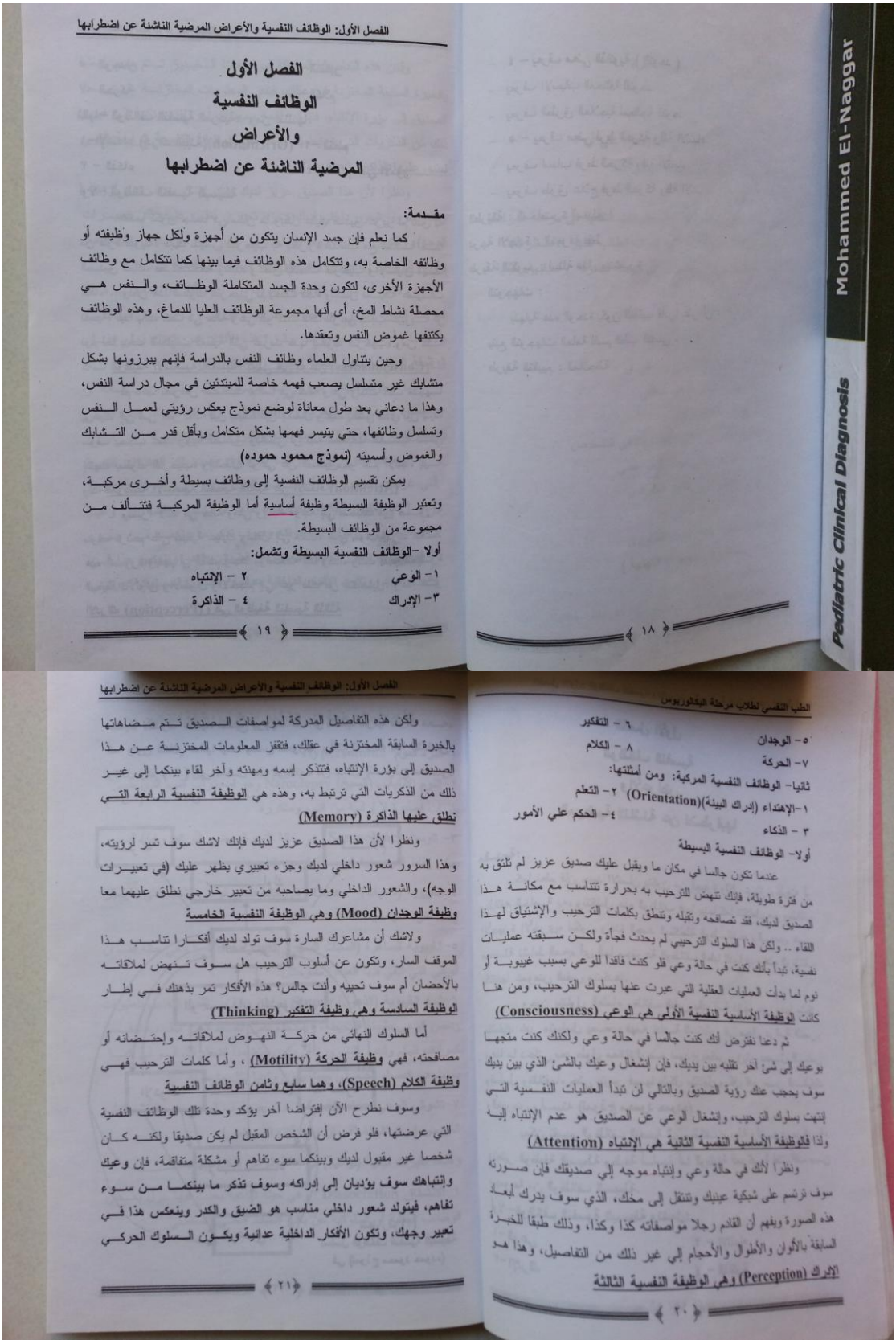


Mohammed El-Naggar
Pediatric Clinical Diagnosis

﴿ ١٨ ﴾

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٥- الوجدان
٦ - التفكير
٧- الحركة
٨ - الكلام

ثانيا- الوظائف النفسية المركبة: ومن أمثلتها:
١-الاهتداء (إدراك البيئة)(Orientation) ٢- التعلم
٣ - الذكاء
٤- الحكم على الأمور

أولا- الوظائف النفسية البسيطة

عندما تكون جالسا في مكان ما ويقبل عليك صديق عزيز لم تلتق به من فترة طويلة، فإنك تنهض للترحيب به بحرارة تتناسب مع مكانة هذا الصديق لديك، فقد تصافحه وتقبله وتنطق بكلمات الترحيب والإشتياق لهذا اللقاء .. ولكن هذا السلوك الترحيبي لم يحدث فجأة ولكن سبقته عمليات نفسية، تبدأ بأنك كنت في حالة وعي فلو كنت فاقدا للوعي بسبب غيبوبة أو نوم لما بدأت العمليات العقلية التي عبرت عنها بسلوك الترحيب، ومن هنا كانت الوظيفة الأساسية النفسية الأولى هي الوعي (Consciousness)

ثم دعنا نفترض أنك كنت جالسا في حالة وعي ولكنك كنت متجها بوعيك إلى شئ آخر تقلبه بين يديك، فإن إنشغال وعيك بالشئ الذي بين يديك سوف يحجب عنك رؤية الصديق وبالتالي لن تبدأ العمليات النفسية التي إنتهت بسلوك الترحيب، وإنشغال الوعي عن الصديق هو عدم الإنتباه إليه ولذا فالوظيفة الأساسية النفسية الثانية هي الإنتباه (Attention)

ونظرا لأنك في حالة وعي وإنتباه موجه إلى صديقك فإن صورته سوف ترتسم على شبكية عينيك وتنتقل إلى مخك، الذي سوف يدرك أبعاد هذه الصورة ويفهم أن القادم رجلا مواصفاته كذا وكذا، وذلك طبقا للخبرة السابقة بالألوان والأطوال والأحجام إلى غير ذلك من التفاصيل، وهذا هو الإدراك (Perception) وهي الوظيفة النفسية الثالثة

﴿ ٢٠ ﴾

الفصل الأول: الوظائف النفسية والأعراض المرضية الناشئة عن اضطرابها

ولكن هذه التفاصيل المدركة لمواصفات الصديق تتم مضاهاتها بالخبرة السابقة المختزنة في عقلك، فتقفز المعلومات المختزنة عن هذا الصديق إلى بؤرة الإنتباه، فتتذكر إسمه ومهنته وآخر لقاء بينكما إلى غير ذلك من الذكريات التي ترتبط به، وهذه هي الوظيفة النفسية الرابعة التي نطلق عليها الذاكرة (Memory)

ونظرا لأن هذا الصديق عزيز لديك فإنك لاشك سوف تسر لرؤيته، وهذا السرور شعور داخلي لديك وجزء تعبيري يظهر عليك (في تعبيرات الوجه)، والشعور الداخلي وما يصاحبه من تعبير خارجي نطلق عليهما معا وظيفة الوجدان (Mood) وهي الوظيفة النفسية الخامسة

ولاشك أن مشاعرك السارة سوف تولد لديك أفكارا تناسب هذا الموقف السار، وتكون عن أسلوب الترحيب هل سوف تنهض لملاقاته بالأحضان أم سوف تحييه وأنت جالس؟ هذه الأفكار تمر بذهنك في إطار الوظيفة السادسة وهي وظيفة التفكير (Thinking)

أما السلوك النهائي من حركة النهوض لملاقاته وإحتضانه أو مصافحته، فهي وظيفة الحركة (Motility) ، وأما كلمات الترحيب فهي وظيفة الكلام (Speech)، وهما سابع وثامن الوظائف النفسية

وسوف نطرح الآن إفتراضا آخر يؤكد وحدة تلك الوظائف النفسية التي عرضتها، فلو فرض أن الشخص المقبل لم يكن صديقا ولكنه كان شخصا غير مقبول لديك وبينكما سوء تفاهم أو مشكلة متفاقمة، فإن وعيك وإنتباهك سوف يؤديان إلى إدراكه وسوف تذكر ما بينكما من سوء تفاهم، فيتولد شعور داخلي مناسب هو الضيق والكدر وينعكس هذا في تعبير وجهك، وتكون الأفكار الداخلية عدائية ويكون السلوك الحركي

﴿ ٢١ ﴾

الفصل الأول: الوظائف النفسية والأعراض المرضية الناشئة عن اضطرابها

الفصل الأول
الوظائف النفسية
والأعراض
المرضية الناشئة عن اضطرابها

مقدمة:

كما نعلم فإن جسد الإنسان يتكون من أجهزة ولكل جهاز وظيفته أو وظائفه الخاصة به، وتتكامل هذه الوظائف فيما بينها كما تتكامل مع وظائف الأجهزة الأخرى، لتكون وحدة الجسد المتكاملة الوظائف، والنفس هي محصلة نشاط المخ، أى أنها مجموعة الوظائف العليا للدماغ، وهذه الوظائف يكتنفها غموض النفس وتعقدها.

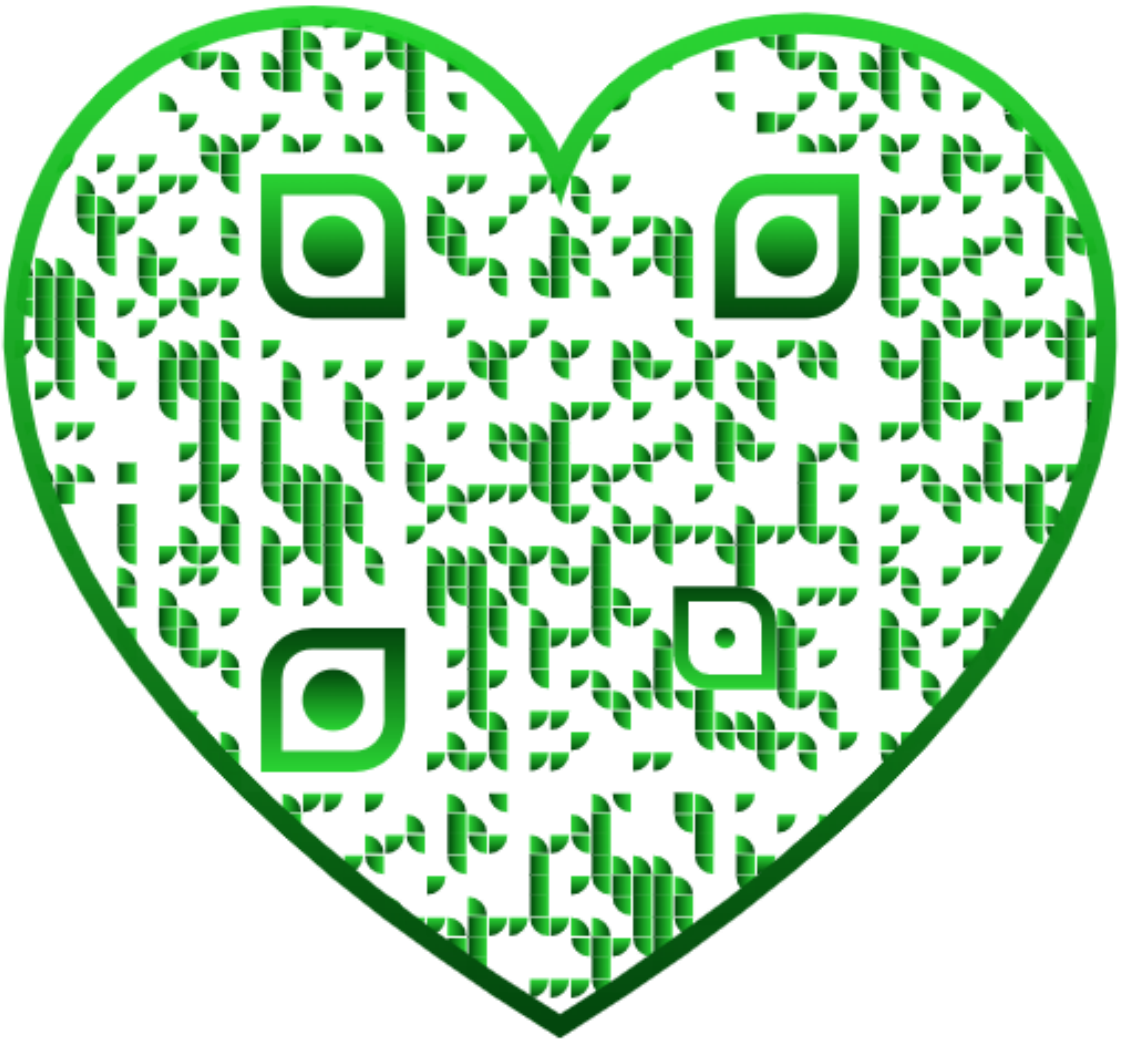
وحين يتناول العلماء وظائف النفس بالدراسة فإنهم يبرزونها بشكل متشابك غير متسلسل يصعب فهمه خاصة للمبتدئين في مجال دراسة النفس، وهذا ما دعاني بعد طول معاناة لوضع نموذج يعكس رؤيتي لعمل النفس وتسلسل وظائفها، حتي يتيسر فهمها بشكل متكامل وبأقل قدر من التشابك والغموض وأسميته **(نموذج محمود حموده)**

يمكن تقسيم الوظائف النفسية إلى وظائف بسيطة وأخرى مركبة، وتعتبر الوظيفة البسيطة وظيفة أساسية أما الوظيفة المركبة فتتألف من مجموعة من الوظائف البسيطة.

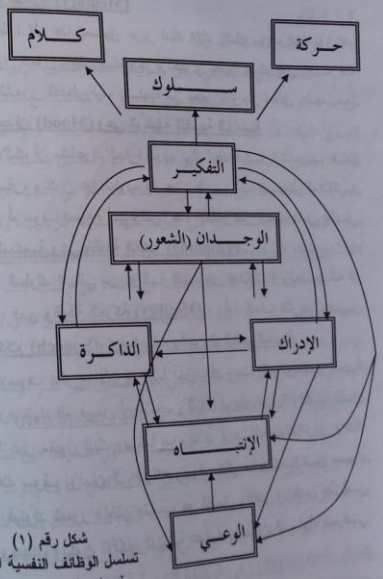
أولا -الوظائف النفسية البسيطة وتشمل:

١- الوعي ٢ - الإنتباه
٣- الإدراك ٤ - الذاكرة

﴿ ١٩ ﴾



مطابقا لأفكارك عدائيا، فتشيح بوجهك عنه أو تتأهب حركيا لعراك معه، كما يكون الكلام عدائيا أيضا يعكس شعورك وأفكارك تجاه هذا الشخص؛ وشكل رقم (١) يبين تسلسل هذه الوظائف من خلال (نموذج محمود حموده) لعمل النفس



شكل رقم (١)
تسلسل الوظائف النفسية البسيطة
في (نموذج محمود حموده)

الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب وظيفة ا لوعي

١-كثرة النوم **Hypersomnia**

٢-النوم الانتيابي (السيخ) Narcolepsy وهو اضطراب النوم الذي يتميز بنوبات قصيرة لا إرادية من النوم ومتكررة.

٣- الوسن **Somnolence** وهي حالة النوم المرضي (أو الدروخة) التي يمكن إيقاظ الفرد منها إلى حالة الوعي الطبيعية.

٤-الغيبوبة (السبات) **Coma** وهي حالة فقدان الوعي الشديد التي لا يمكن إيقاظ الفرد منها مهما كانت شدة المثير.

٥-الغيبوبة الساهرة (السبات السهري)**Coma vigil** : وهي حالة فقدان الوعي التي تبقي فيها العينان مفتوحتان.

٦-شبه الغيبوبة (الذهول) **Stupor** : وهي حالة من نقص التفاعل للمثيرات ونقص الوعي بالبيئة المحيطة، ويستخدم نفس اللفظ في الطب النفسي كمرادف للبكم وليس بالضرورة أن يكون متضمنا اضطراب الوعي كما يحدث في الفصام الكتاتوني حيث يكون واعيا بكل ما حوله.

٧-تشوش الوعي **Confusion** : حيث يضطرب الوعي بدرجة لا يستطيع المريض إدراك البيئة (الزمان والمكان والأشخاص)

وهناك تغيرات كيفية (نوعية) في حالة الوعي نذكر منها

١-الانشقاق **Dissociation** : وهي حيلة دفاعية يحدث فيها عزل بعض الوظائف العقلية أو السلوكية عن باقي النشاط النفسي الشخصي

٢ -حالة الشراد **Fugue** : وتطلق علي حالات التجوال المصحوبة بفقدان ذاكرة إلى حد ما.

٣- **المشي أثناء النوم Somnambulism** : وهي حالة من الإنشقاق يكون فيها النشاط الحركي واعيا في حين يكون النشاط الفكري غير واعي، وهي غالبا تحدث للأطفال، وعندما تحدث للكبار فإنها غالبا ما تكون مرتبطة باضطرابات نفسية أخرى مثل الشخصية الشبة فصامية أو الفصام.

٤-التنويم **Hypnosis** : وهو تغير صناعي في الوعي بتأثير الإيحاء ، ويشبه حالة الغشية Trance أو الانشقاق (ورد تفصيله في كتاب أسرار النفس)

الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب وظيفة الإنتباه

١- قلة الإنتباه **Inattention**: حيث يقل الإنتباه أو ينعدم إما نتيجة لتغير الوعي (كما في حالة شبه الغيبوبة) أو تغير الوجدان (كما في حالة الاكتئاب).

٢-زيادة الإنتباه **Hyperprosexia** : حيث يزيد الإنتباه زيادة ملحوظة فينتبه المريض الي كل المثيرات وتفاصيلها كما في مرض الهوس.

٣- التشتت **Distractability**: حيث يتجه المريض لكل المثيرات الجديدة، كما في حالات القلق أو الإجهاد أو الهوس أو الفصام أو بعض حالات الإصابة العضوية بالمخ، فلا يستطيع التركيز في مثير معين.

٤-نقص الإنتباه الإنتقائي **Selective inattention** حيث يفشل الشخص في تركيز إنتباهه تجاه الاشياء الباعثة علي القلق.

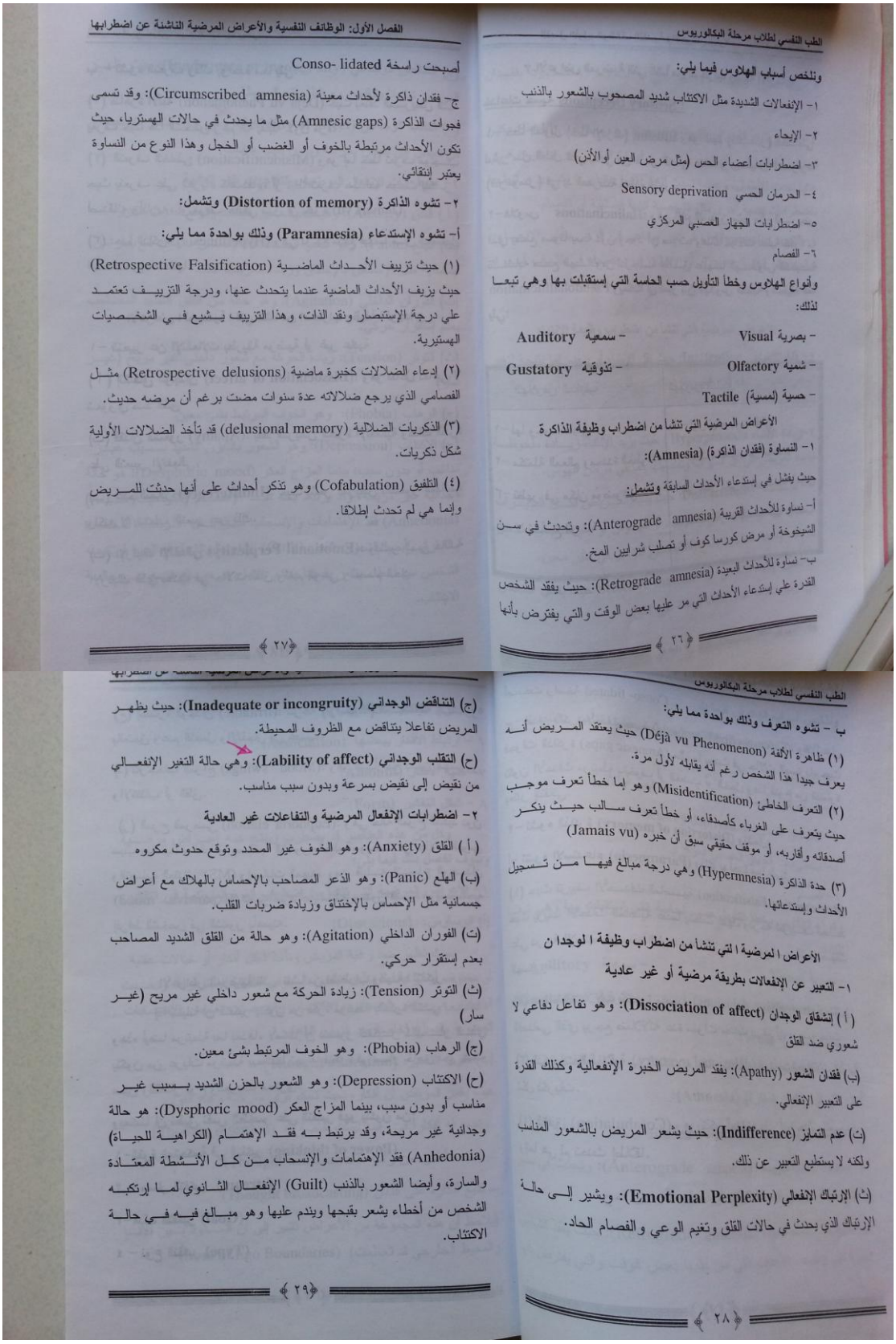
٣-الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب وظيفة الإدراك

خداعات حسية Sensory Deceptions :

١- **خطأ التأويل (خطأ الإدراك) Illusion** وهو الفهم (التفسير) الخاطئ لمثير مثل الطفل الذي يعاني من هذيان الحمى عندما يرى مقياس الحرارة (الترمومتر) في يد الممرضة فيظنة خنجر.

٢-**هلاوس Hallucinations**: وهي الإدراك بدون مثير مثل المريض الذي يسمع صوتا يسبه دون وجود أي صوت، وهناك خيالات عقلية كثيرا ما تتشابه مع الهلاوس لدرجة أطلق عليها الهلاوس الكاذبة Pseudohallucination ويمكننا أن نميز بين الهلاوس الكاذبة والحقيقة **كما يلي:**

الهلاوس الحقيقية	الهلاوس الكاذبة
١- لها وجود حقيقي	١ - ليس لها وجود حقيقي
٢- مكتملة المعالم ومحددة الخطوط	٢- ليست مكتملة وغير محددة
٣- تظهر في مكان موضوعي	٣-في مكان ذاتي أوغير محدد المكان
٤- لا تخضع للرغبة	٤-تخضع للرغبة(يستدعيها وقتما يشاء)



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ونلخص أسباب الهلاوس فيما يلي:

١- الإنفعالات الشديدة مثل الاكتئاب شديد المصحوب بالشعور بالذنب

٢- الإيحاء

٣- اضطرابات أعضاء الحس (مثل مرض العين أو الأذن)

٤- الحرمان الحسي Sensory deprivation

٥- اضطرابات الجهاز العصبي المركزي

٦- الفصام

وأنواع الهلاوس وخطأ التأويل حسب الحاسة التي إستقبلت بها وهي تبعا لذلك:

- بصرية Visual
- سمعية Auditory
- شمية Olfactory
- تذوقية Gustatory
- حسية (لمسية) Tactile

الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب وظيفة الذاكرة

١- النساوة (فقدان الذاكرة) (Amnesia):

حيث يفشل في إستدعاء الأحداث السابقة **وتشمل:**

أ- نساوة للأحداث القريبة (Anterograde amnesia): وتحدث في سن الشيخوخة أو مرض كورسا كوف أو تصلب شرايين المخ.

ب- نساوة للأحداث البعيدة (Retrograde amnesia): حيث يفقد الشخص القدرة على إستدعاء الأحداث التي مر عليها بعض الوقت والتي يفترض بأنها

القصل الأول: الوظائف النفسية والأعراض المرضية الناشئة عن اضطرابها

أصبحت راسخة Conso- lidated

ج- فقدان ذاكرة لأحداث معينة (Circumscribed amnesia): وقد تسمى فجوات الذاكرة (Amnesic gaps) مثل ما يحدث في حالات الهستريا، حيث تكون الأحداث مرتبطة بالخوف أو الغضب أو الخجل وهذا النوع من النساوة يعتبر إنتقائي.

٢- تشوه الذاكرة (Distortion of memory) وتشمل:

أ- تشوه الإستدعاء (Paramnesia) وذلك بواحدة مما يلي:

(١) حيث تزييف الأحداث الماضية (Retrospective Falsification) حيث يزيف الأحداث الماضية عندما يتحدث عنها، ودرجة التزييف تعتمد علي درجة الإستبصار ونقد الذات، وهذا التزييف يشيع في الشخصيات الهستيرية.

(٢) إدعاء الضلالات كخبرة ماضية (Retrospective delusions) مثل الفصامي الذي يرجع ضلالاته عدة سنوات مضت برغم أن مرضه حديث.

(٣) الذكريات الضلالية (delusional memory) قد تأخذ الضلالات الأولية شكل ذكريات.

(٤) التلفيق (Cofabulation) وهو تذكر أحداث على أنها حدثت للمريض وإنما هي لم تحدث إطلاقا.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ب - تشوه التعرف وذلك بواحدة مما يلي:

(١) ظاهرة الألفة (Déjà vu Phenomenon) حيث يعتقد المريض أنه يعرف جيدا هذا الشخص رغم أنه يقابله لأول مرة.

(٢) التعرف الخاطئ (Misidentification) وهو إما خطأ تعرف موجب حيث يتعرف على الغرباء كأصدقاء، أو خطأ تعرف سالب حيث ينكر أصدقائه وأقاربه، أو موقف حقيقي سبق أن خبره (Jamais vu)

(٣) حدة الذاكرة (Hypermnesia) وهي درجة مبالغ فيها من تسجيل الأحداث وإستدعائها.

الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب وظيفة الوجدان

١- التعبير عن الإنفعالات بطريقة مرضية أو غير عادية

(أ) **إنشقاق الوجدان (Dissociation of affect):** وهو تفاعل دفاعي لا شعوري ضد القلق

(ب) **فقدان الشعور** (Apathy): يفقد المريض الخبرة الإنفعالية وكذلك القدرة على التعبير الإنفعالي.

(ت) **عدم التمايز (Indifference):** حيث يشعر المريض بالشعور المناسب ولكنه لا يستطيع التعبير عن ذلك.

(ث) **الإرتباك الإنفعالي (Emotional Perplexity):** ويشير إلى حالة الإرتباك الذي يحدث في حالات القلق وتغيم الوعي والفصام الحاد.

(ج) **التناقض الوجداني (Inadequate or incongruity):** حيث يظهر المريض تفاعلا يتناقض مع الظروف المحيطة.

(ح) **التقلب الوجداني (Lability of affect):** وهي حالة التغير الإنفعالي من نقيض إلى نقيض بسرعة وبدون سبب مناسب.

٢- اضطرابات الإنفعال المرضية والتفاعلات غير العادية

(أ) القلق (Anxiety): وهو الخوف غير المحدد وتوقع حدوث مكروه

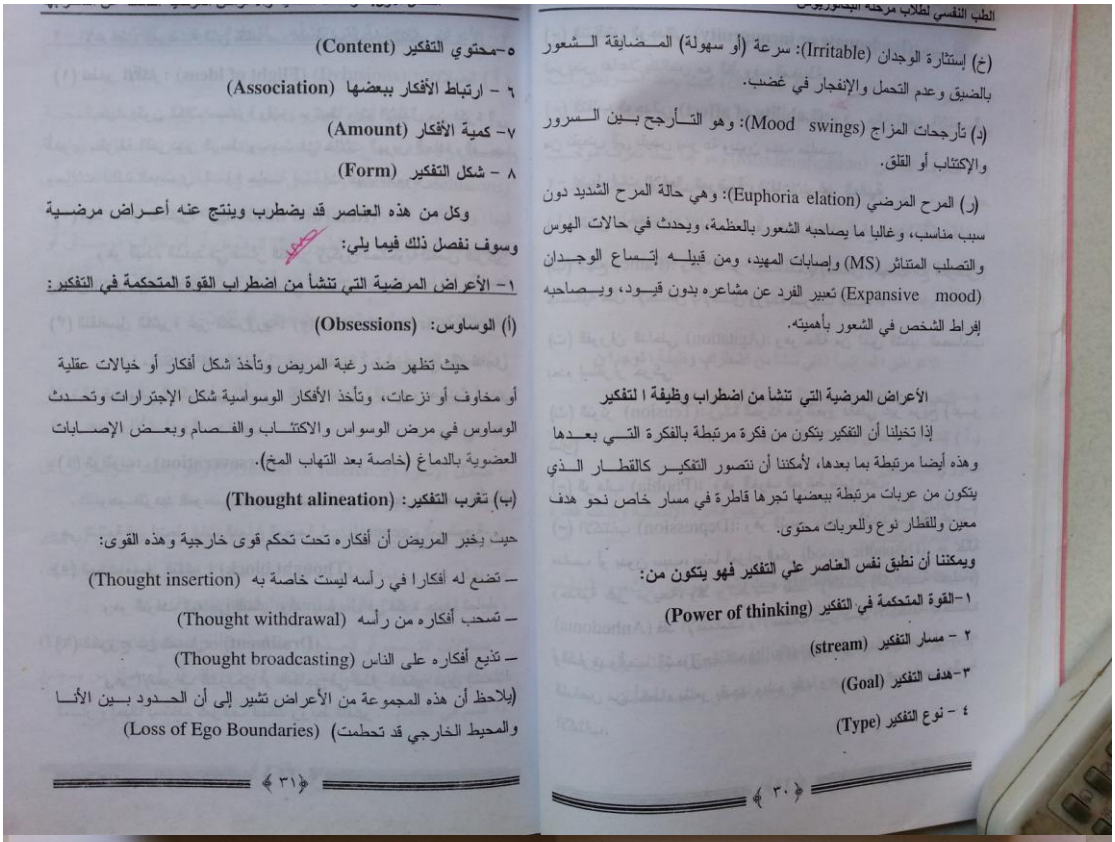
(ب) الهلع (Panic): وهو الذعر المصاحب بالإحساس بالهلاك مع أعراض جسمانية مثل الإحساس بالإختناق وزيادة ضربات القلب.

(ت) الفوران الداخلي (Agitation): وهو حالة من القلق الشديد المصاحب بعدم إستقرار حركي.

(ث) التوتر (Tension): زيادة الحركة مع شعور داخلي غير مريح (غير سار)

(ج) الرهاب (Phobia): وهو الخوف المرتبط بشئ معين.

(ح) الاكتئاب (Depression): وهو الشعور بالحزن الشديد بسبب غير مناسب أو بدون سبب، بينما المزاج العكر (Dysphoric mood): هو حالة وجدانية غير مريحة، وقد يرتبط به فقد الإهتمام (الكراهية للحياة) (Anhedonia) فقد الإهتمامات والإنسحاب من كل الأنشطة المعتادة والسارة، وأيضا الشعور بالذنب (Guilt) الإنفعال الثانوي لما إرتكبه الشخص من أخطاء يشعر بقبحها ويندم عليها وهو مبالغ فيه في حالة الاكتئاب.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

(خ) إستثارة الوجدان (Irritable): سرعة (أو سهولة) المضايقة الشعور بالضيق وعدم التحمل والإنفجار في غضب.

(د) تأرجحات المزاج (Mood swings): وهو التأرجح بين السرور والإكتئاب أو القلق.

(ر) المرح المرضي (Euphoria elation): وهي حالة المرح الشديد دون سبب مناسب، وغالبا ما يصاحبه الشعور بالعظمة، ويحدث في حالات الهوس والتصلب المتناثر (MS) وإصابات المهيد، ومن قبيله إتساع الوجدان (Expansive mood) تعبير الفرد عن مشاعره بدون قيود، ويصاحبه إفراط الشخص في الشعور بأهميته.

الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب وظيفة ا لتفكير

إذا تخيلنا أن التفكير يتكون من فكرة مرتبطة بالفكرة التي بعدها وهذه أيضا مرتبطة بما بعدها، لأمكننا أن نتصور التفكير كالقطار الذي يتكون من عربات مرتبطة ببعضها تجرها قاطرة في مسار خاص نحو هدف معين وللقطار نوع وللعربات محتوى.

ويمكننا أن نطبق نفس العناصر علي التفكير فهو يتكون من:

١-القوة المتحكمة في التفكير (Power of thinking)

٢ - مسار التفكير (stream)

٣-هدف التفكير (Goal)

٤ - نوع التفكير (Type)

٥-محتوي التفكير (Content)

٦ - ارتباط الأفكار ببعضها (Association)

٧- كمية الأفكار (Amount)

٨ - شكل التفكير (Form)

وكل من هذه العناصر قد يضطرب وينتج عنه أعراض مرضية وسوف نفصل ذلك فيما يلي:

١- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب القوة المتحكمة في التفكير:

(أ) الوساوس: (Obsessions)

حيث تظهر ضد رغبة المريض وتأخذ شكل أفكار أو خيالات عقلية أو مخاوف أو نزعات، وتأخذ الأفكار الوسواسية شكل الإجترارات وتحدث الوساوس في مرض الوسواس والاكتئاب والفصام وبعض الإصابات العضوية بالدماغ (خاصة بعد التهاب المخ).

(ب) تغرب التفكير: (Thought alineation)

حيث يخبر المريض أن أفكاره تحت تحكم قوى خارجية وهذه القوى:

— تضع له أفكارا في رأسه ليست خاصة به (Thought insertion)

— تسحب أفكاره من رأسه (Thought withdrawal)

— تذيع أفكاره على الناس (Thought broadcasting)

(يلاحظ أن هذه المجموعة من الأعراض تشير إلى أن الحدود بين الأنا والمحيط الخارجي قد تحطمت) (Loss of Ego Boundaries)

٢- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب مسار التفكير:

(١) تطاير الأفكار: (Flight of ideas)

حيث يكون الكلام مستمرا وليس مرتبطا ويتم الإنتقال من فكرة إلى أخرى بطريقة القفز دون الربط، ويحدث في حالات الهوس الحادة والفصام وحالات التلف العضوي بالدماغ خاصة إصابات الهيبوثلاموس.

(٢) تبلد مسار التفكير: (Retarded thinking)

وهو البطء الشديد في مسار التفكير ويكون مصحوبا بنقص التركيز ونقص الإنتباه وفقد الذاكرة كما يحدث في الاكتئاب المتبلد.

(٣) التفاصيل الكثيرة غير الضرورية: (Circumstantiality)

وغالبا ما تكون هذه التفاصيل غير مناسبة أيضا ويرجع ذلك لنقص قدرة الشخص في الحكم علي الأمور وتوقعه حول ذاته، ويحدث لدي الصرعيين والأغبياء والوسواسيين.

(٤) الوظوب: (Perseveration)

وهو الترديد المرضي لنفس الإستجابة في الرد علي مختلف الأسئلة، وهي شائعة في اضطرابات الدماغ المعممة generalized والموضعية.

(٥) انسداد مسار التفكير: (Thought block)

وهو التوقف المفاجئ للتفكير وقد يسترسل في فكرة جديدة تماما.

(٦) الخروج عن المسار: (Drailment)

وهو الإنحراف التدريجي أو المفاجئ في قطار التفكير دون إنسداد المسار وأحيانا يستخدم كمرادف لتفكك روابط التفكير.

٣- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب محتوي التفكير:

(أ) الضلالات: (Delusions)

وتعرف بأنها أفكار ثابتة وخاطئة لا يمكن تصحيحها بالحجة والمنطق ولا تتناسب مع ثقافة الشخص وبيئته، وقد تكون ضلالات أولية (Primary delusions) وهي التي تظهر فجأة ولا يمكن تشكيك المريض فيها، وقد تكون ثانوية (Secondary delusions) وهي التي تظهر ثانوية لاضطراب آخر سبقها في الظهور مثل الهلاوس أو اضطراب الوجدان أو الضلال الأولي وقد تكون متوافقة مع الوجدان أو غير متوافقة.

والضلالات من حيث ما تحمله من معني قد تكون:

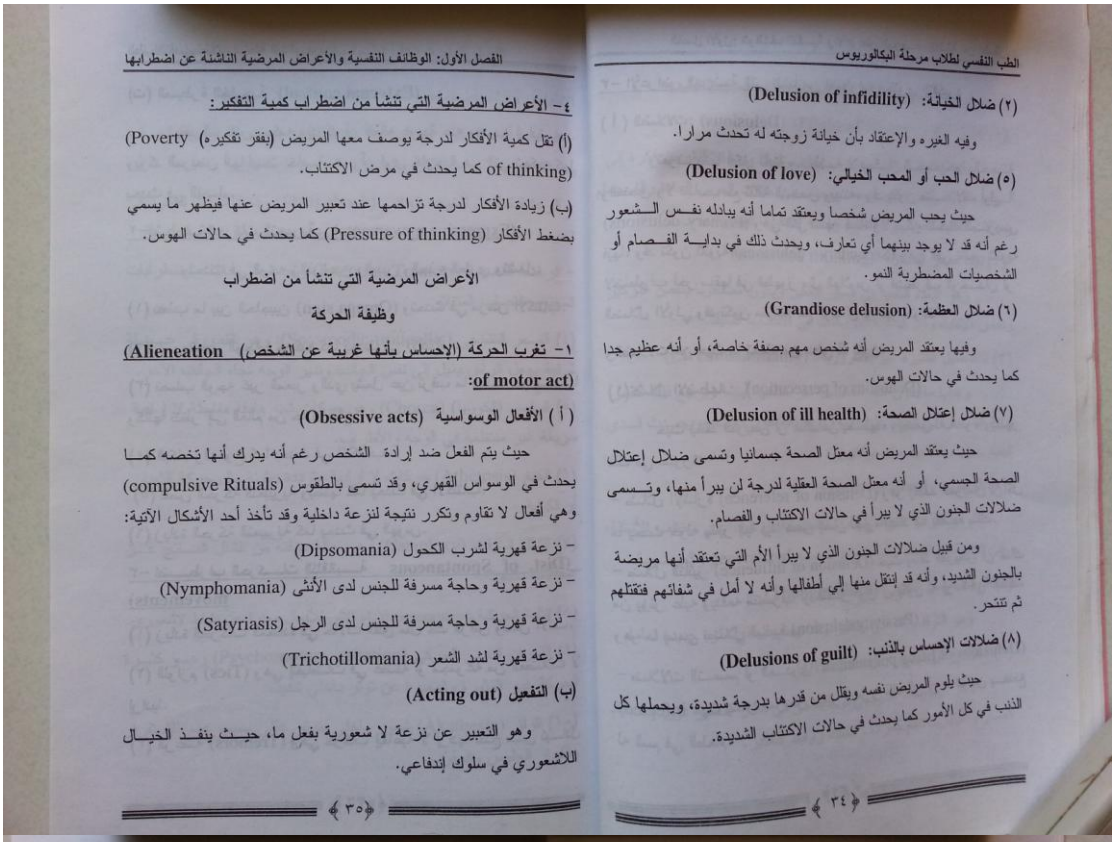
(١) ضلال الاضطهاد: (Delusions of persecution)

حيث يعتقد المريض أن هناك من يضطهده ويضمر له السوء ويظهر ذلك في صورة:

- ضلال الإشارة (Delusion of reference) وهو إعتقاد المريض أن كل ما يحدث حوله يشير إليه فإذا همس إنسان لجاره اعتقد أنه يقصده بذلك.

- ضلال التأثير (Delusion of influence) حيث يعتقد المريض أن هناك من يؤثر عليه ويدفعه للتصرف أو التفكير دون أن يكون له إرادة في ذلك، وهو ما يسمى بضلال السلبية (Passivity delusion)

- ضلالات التسمم أو العدوى (Delusions of being poisoned or infected) حيث يشعر المريض بتغير ويعزى ذلك إلى أن هناك من يضع له السم في الطعام.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

(٢) ضلال الخيانة: (Delusion of infidility)

وفيه الغيره والإعتقاد بأن خيانة زوجته له تحدث مرارا.

(٥) ضلال الحب أو المحب الخيالي: (Delusion of love)

حيث يحب المريض شخصا ويعتقد تماما أنه يبادله نفس الشعور رغم أنه قد لا يوجد بينهما أي تعارف، ويحدث ذلك في بداية الفصام أو الشخصيات المضطربة النمو.

(٦) ضلال العظمة: (Grandiose delusion)

وفيها يعتقد المريض أنه شخص مهم بصفة خاصة، أو أنه عظيم جدا كما يحدث في حالات الهوس.

(٧) ضلال إعتلال الصحة: (Delusion of ill health)

حيث يعتقد المريض أنه معتل الصحة جسمانيا وتسمى ضلال إعتلال الصحة الجسمي، أو أنه معتل الصحة العقلية لدرجة لن يبرأ منها، وتسمى ضلالات الجنون الذي لا يبرأ في حالات الاكتئاب والفصام.

ومن قبيل ضلالات الجنون الذي لا يبرأ الأم التي تعتقد أنها مريضة بالجنون الشديد، وأنه قد إنتقل منها إلى أطفالها وأنه لا أمل في شفائهم فتقتلهم ثم تنتحر.

(٨) ضلالات الإحساس بالذنب: (Delusions of guilt)

حيث يلوم المريض نفسه ويقلل من قدرها بدرجة شديدة، ويحملها كل الذنب في كل الأمور كما يحدث في حالات الاكتئاب الشديدة.

الفصل الأول: الوظائف النفسية والأعراض المرضية الناشئة عن اضطرابها

٤- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب كمية التفكير:

(أ) تقل كمية الأفكار لدرجة يوصف معها المريض (بفقر تفكيره) (Poverty of thinking) كما يحدث في مرض الاكتئاب.

(ب) زيادة الأفكار لدرجة تزاحمها عند تعبير المريض عنها فيظهر ما يسمى بضغط الأفكار (Pressure of thinking) كما يحدث في حالات الهوس.

الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب

وظيفة الحركة

١- تغرب الحركة (الإحساس بأنها غريبة عن الشخص) (Alieneation of motor act):

(أ) الأفعال الوسواسية (Obsessive acts)

حيث يتم الفعل ضد إرادة الشخص رغم أنه يدرك أنها تخصه كما يحدث في الوسواس القهري، وقد تسمى بالطقوس (compulsive Rituals) وهي أفعال لا تقاوم وتكرر نتيجة لنزعة داخلية وقد تأخذ أحد الأشكال الآتية:

- نزعة قهرية لشرب الكحول (Dipsomania)
- نزعة قهرية وحاجة مسرفة للجنس لدى الأنثى (Nymphomania)
- نزعة قهرية وحاجة مسرفة للجنس لدى الرجل (Satyriasis)
- نزعة قهرية لشد الشعر (Trichotillomania)

(ب) التفعيل (Acting out)

وهو التعبير عن نزعة لا شعورية بفعل ما، حيث ينفذ الخيال اللاشعوري في سلوك إندفاعي.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

(ت) السيطرة الخارجية (External control)

يفقد المريض تحكمه ويدرك أن أفعاله غريبة عنه وضد إرادته، ويؤكد المريض أنها ليست خاصة به، وأن قوى خارجية هي التي تحكمه كما يحدث في الفصام.

٢-اضطراب الحركات التعبيرية: (Expressive movements)

وتحدث في الوجه والذراعين واليدين والجذع العلوي وتشمل:

(١) تقطب ما بين الحاجبين (Omega sign) وتحدث في مرض الاكتئاب.

(٢) نقص تعبير الوجه وحركته كما يحدث في الاكتئاب.

(٣) تصلب الوجه غير المعبر والذي يشمل عين ترقب ما يحدث حولها وكأنها تنظر إلى العالم من خلال قناع.

(٤) البكاء والدموع كما يحدث في الاكتئاب.

(٥) نقص الحركة التعبيرية وبطئها كما يحدث في الاكتئاب.

(٦) زيادة الحركة التعبيرية كما يحدث في الهوس.

٣- اضطراب الحركات التلقائية (Dist. of Spontaneous movements)

(١) زيادة الحركات المعتادة في حالات القلق مثل حك الرأس ولمس الأنف.

(٢) اللوازم (Tics) وهي إنقباضات في عضلة أو مجموعه من العضلات لا إراديا.

(٣) الرعشة (Tremors) وهي حركات إيقاعية لا إرادية تنتج من تبادل

الفصل الأول: الوظائف النفسية والأعراض المرضية الناشئة عن اضطرابها

الإنقباض والإنبساط للمجموعات المتقابلة من العضلات ومنها:

- الرعشة أثناء السكون (Static tremors) في اليدين والرأس والجذع وتحدث في حالات مثل القلق والهستريا ومرض باركنسون.
- الرعشة كتفاعل للخوف الحاد (Shell-shock) وكانت تحدث للجنود في الحرب العالمية ليظلوا بعيدين عن ميدان الحرب ويستمر كرعشة هستيرية.
- الرعشة القصدية (Intention Tremors) وتحدث في حالات اضطرابات المخيخ والتصلب المتناثر.

(٤) الصعر التشنجي (Spasmodic troticollis): وهو تقلص في عضلة الرقبة يجعل الرأس يميل إلى نفس الجانب وتدير الوجه تجاه الجانب الآخر.

(٥) الرقص (الكوريا) (Chorea) وهو حركات شبه هادفه مفاجئة لا إرادية سريعة غير منتظمة في الوجه والأطراف.

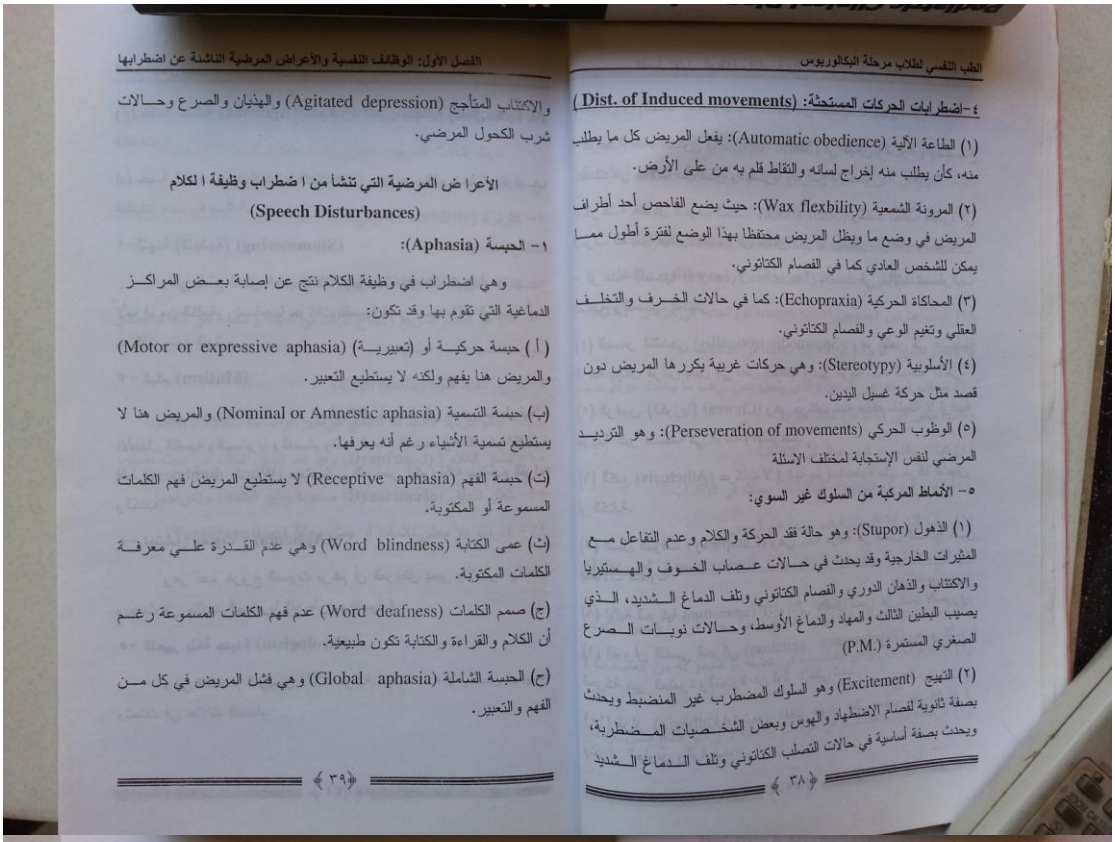
(٦) الكنع (Athetosis) حركات لا إرادية مترددة بطيئة مثل حركة الثعبان أو الكتابة.

(٧) الشلل المؤقت (Cataplexy) وهي حالة مؤقتة من الشلل الناتج عن إنفعالات متفاوتة.

(٨) الآلية الحركية (automatism) الأداء الآلي للأفعال معبرا عن نشاط لاشعوري.

(٩) الفوران النفسي الحركي (Psychomotor agitation) وهو كثرة الحركة غير المثمرة والمعبرة عن توتر داخلي شديد.

(١٠) الزلز (Akathesia) شعور داخلي بتوتر عقلي يسبب عدم الإستقرار وتكرار الجلوس والوقوف.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٤-اضطرابات الحركات المستحثة: (Dist. of Induced movements)

(١) الطاعة الآلية (Automatic obedience): يفعل المريض كل ما يطلب منه، كأن يطلب منه إخراج لسانه والتقاط قلم به من على الأرض.

(٢) المرونة الشمعية (Wax flexbility): حيث يضع الفاحص أحد أطراف المريض في وضع ما ويظل المريض محتفظا بهذا الوضع لفترة أطول مما يمكن للشخص العادي كما في الفصام الكاتاتوني.

(٣) المحاكاة الحركية (Echopraxia): كما في حالات الخرف والتخلف العقلي وتغيم الوعي والفصام الكاتاتوني.

(٤) الأسلوبية (Stereotypy): وهي حركات غريبة يكررها المريض دون قصد مثل حركة غسيل اليدين.

(٥) الوظوب الحركي (Perseveration of movements): وهو الترديد المرضي لنفس الإستجابة لمختلف الاسئلة

٥- الأنماط المركبة من السلوك غير السوي:

(١) الذهول (Stupor): وهو حالة فقد الحركة والكلام وعدم التفاعل مع المثيرات الخارجية وقد يحدث في حالات عصاب الخوف والهستيريا والاكتئاب والذهان الدوري والفصام الكاتاتوني وتلف الدماغ الشديد، الذي يصيب البطين الثالث والمهاد والدماغ الأوسط، وحالات نوبات الصرع الصغري المستمرة (P.M.)

(٢) التهيج (Excitement) وهو السلوك المضطرب غير المنضبط ويحدث بصفة ثانوية لفصام الاضطهاد والهوس وبعض الشخصيات المضطربة، ويحدث بصفة أساسية في حالات التصلب الكاتاتوني وتلف الدماغ الشديد

الفصل الأول: الوظائف النفسية والأعراض المرضية الناشئة عن اضطرابها

والاكتئاب المتأجج (Agitated depression) والهذيان والصرع وحالات شرب الكحول المرضي.

الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب وظيفة الكلام
(Speech Disturbances)

١- الحبسة (Aphasia):

وهي اضطراب في وظيفة الكلام ينتج عن إصابة بعض المراكز الدماغية التي تقوم بها وقد تكون:

(أ) حبسة حركية أو (تعبيرية) (Motor or expressive aphasia) والمريض هنا يفهم ولكنه لا يستطيع التعبير.

(ب) حبسة التسمية (Nominal or Amnestic aphasia) والمريض هنا لا يستطيع تسمية الأشياء رغم أنه يعرفها.

(ت) حبسة الفهم (Receptive aphasia) لا يستطيع المريض فهم الكلمات المسموعة أو المكتوبة.

(ث) عمى الكتابة (Word blindness) وهي عدم القدرة على معرفة الكلمات المكتوبة.

(ج) صمم الكلمات (Word deafness) عدم فهم الكلمات المسموعة رغم أن الكلام والقراءة والكتابة تكون طبيعية.

(ح) الحبسة الشاملة (Global aphasia) وهي فشل المريض في كل من الفهم والتعبير.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

(خ) حبسة الكتابة (Agraphia) عدم قدرة التعبير بالكتابة وفقدان مقدرة بناء الكلمات.

(د) حبسة الخلط (Syntactical aphasia) وهو عدم القدرة على ترتيب الكلمات بصورة صائبة.

٢-التهتة (اللجلجة) (Stammering)

وهي تقطع التدفق الطبيعي للكلام بواسطة فترات سكون أو ترديد لأجزاء من الكلمة، وتصاحبها حركات تقلصية في عضلات الوجه أو حركات تشبه اللوازم.

٣- البكم (Mutism)

وهو عدم القدرة على إخراج أي كلام ويحدث في بعض اضطرابات الأطفال النفسية والهستيريا والفصام وتلف الدماغ الشديد، وهناك بكم الكلمة فقط (Word dumbness) حيث يكون المريض أبكم ولكنه يستطيع القراءة والكتابة.

٤- احتباس الصوت : (Aphonia)

وهو عدم خروج الصوت برغم أن المريض يعبر بالإشارة والكتابة ويحدث في حالات الهستيريا (اضطراب التحول)

٥- التعبير بلغة جديدة (Neologism)

وهي استخدام المريض لألفاظ مركبة خاصة به لا يمكن فهمها وتحدث في حالات الفصام.

الفصل الأول: الوظائف النفسية والأعراض المرضية الناشئة عن اضطرابها

٦- إختلاط الكلام وتشوشه (Speech confusion or schizophasia)

حيث يتحدث المريض فيكون كلامه مشوشا (مختلطا) ويحدث هذا في مرض الفصام وتسمى سلطة الكلام (Word salad).

٧- الثرثرة (Volubility) وهي كثرة الكلام بدون سبب مناسب ولكنه منطقي ومتسق.

٨- ضغط الكلام (Pressure of speech)

وهو الكلام السريع الإيقاع الزائد في كميته وعكسه فقر الكلام الذي يكون مقتضبا بصورة شديدة.

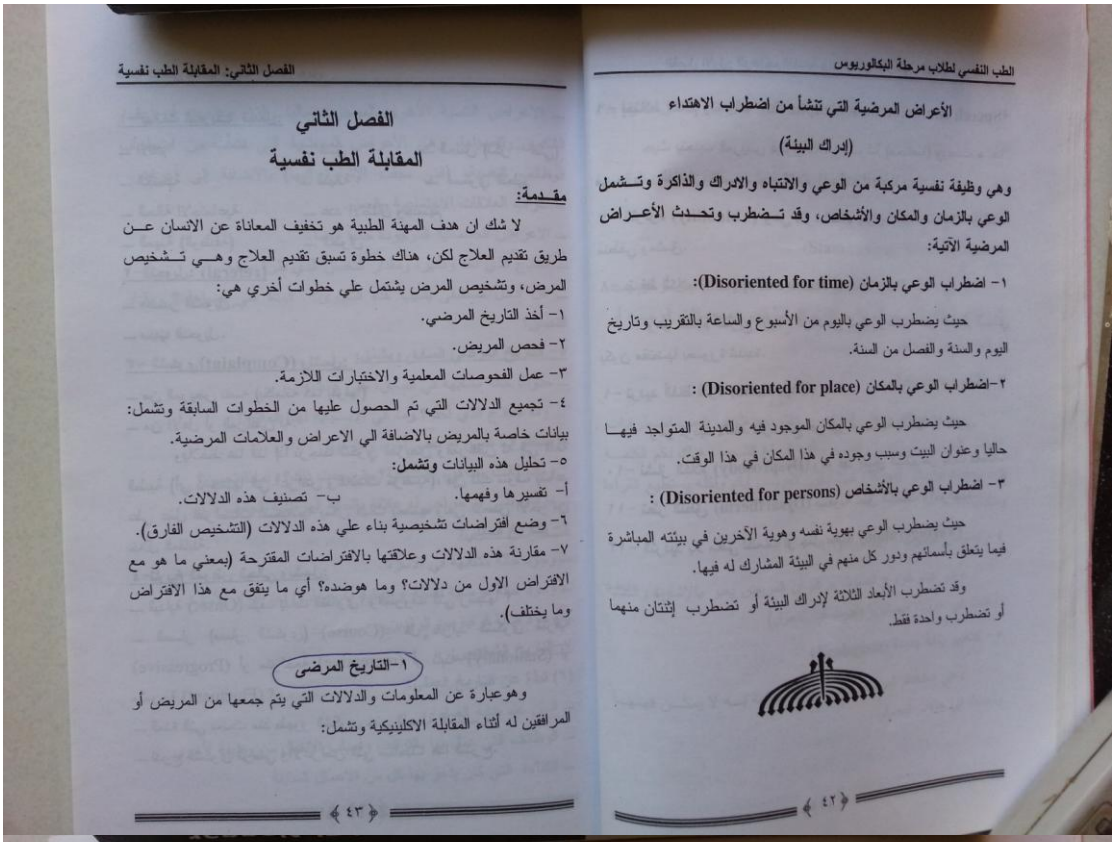
٩- ترديد ألفاظ قذرة (Coprolalia)

وهو ترديد لألفاظ قذرة ناتج عن قهر أو حاجة داخلية لا تقاوم.

١٠- نشاز الكلام (Dysprosody) وهو فقد إتساق الكلام من حيث نغمته.

١١- تعثر النطق (Dysartheria) صعوبة نطق الكلمات وإخراجها.

١٢- الترديد بلا معنى لكلمات أو جمل معينة (Verbigeration)



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب الاهتداء

(إدراك البيئة)

وهي وظيفة نفسية مركبة من الوعي والانتباه والادراك والذاكرة وتشمل الوعي بالزمان والمكان والأشخاص، وقد تضطرب وتحدث الأعراض المرضية الآتية:

١- اضطراب الوعي بالزمان (Disoriented for time):

حيث يضطرب الوعي باليوم من الأسبوع والساعة بالتقريب وتاريخ اليوم والسنة والفصل من السنة.

٢-اضطراب الوعي بالمكان (Disoriented for place) :

حيث يضطرب الوعي بالمكان الموجود فيه والمدينة المتواجد فيها حاليا وعنوان البيت وسبب وجوده في هذا المكان في هذا الوقت.

٣- اضطراب الوعي بالأشخاص (Disoriented for persons) :

حيث يضطرب الوعي بهوية نفسه وهوية الآخرين في بيئته المباشرة فيما يتعلق بأسمائهم ودور كل منهم في البيئة المشارك له فيها.

وقد تضطرب الأبعاد الثلاثة لإدراك البيئة أو تضطرب إثنتان منهما أو تضطرب واحدة فقط.

الفصل الثاني: المقابلة الطب نفسية

الفصل الثاني

المقابلة الطب نفسية

مقدمة:

لا شك ان هدف المهنة الطبية هو تخفيف المعاناة عن الانسان عن طريق تقديم العلاج لكن، هناك خطوة تسبق تقديم العلاج وهي تشخيص المرض، وتشخيص المرض يشتمل علي خطوات أخري هي:

١- أخذ التاريخ المرضي.

٢- فحص المريض.

٣- عمل الفحوصات المعلمية والاختبارات اللازمة.

٤- تجميع الدلالات التي تم الحصول عليها من الخطوات السابقة وتشمل: بيانات خاصة بالمريض بالاضافة الي الاعراض والعلامات المرضية.

٥- تحليل هذه البيانات **وتشمل:**

أ- تفسيرها وفهمها. ب- تصنيف هذه الدلالات.

٦- وضع افتراضات تشخيصية بناء علي هذه الدلالات (التشخيص الفارق).

٧- مقارنة هذه الدلالات وعلاقتها بالافتراضات المقترحة (بمعني ما هو مع الافتراض الاول من دلالات؟ وما هوضده؟ أي ما يتفق مع هذا الافتراض وما يختلف).

١-التاريخ المرضى

وهوعبارة عن المعلومات والدلالات التي يتم جمعها من المريض أو المرافقين له أثناء المقابلة الاكلينيكية وتشمل:

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

١- بيانات التعريف تشمل:

- الاسم
- السن
- الجنس (ذكر - انثي)
- الجنسية
- الديانة
- مستوي التعليم
- الحالة الاجتماعية
- عدد الاطفال وجنسهم
- المهنة (الوظيفة)
- العنوان

٢-التحويل: (referal)

- مصدر التحويل.
- سبب التحويل.

٣- الشكوى(Complaint) وتشمل:

- من المريض نفسه (بكلماته كما يقولها)
- من الأهل أو المرافقين له.

ويلاحظ هنا أننا إذا ترجمنا شكوي المريض والمرافقين له إلي اللغة الطبية (أي ترجمتها الي أعراض وعلامات مرضية)، فإن ذلك سوف يساعد علي عمل افتراضات تشخيصية يمكن اثبات بعضها ونفي البعض الآخر من خلال المقابلة.

٤-تاريخ المرض الحالي ويشمل:

- البداية (Onset) كيف بدأت الشكوى؟ والظروف التي رسبتها ؟
- المسار (مسار الشكوى) (Course): هل تتزايد الشكوى مترقية (Progressive) أو متراجعة (regressive) أو ثابته (Stationary) أو متموجة (Fluctuant) ؟
- المدة التي مضت منذ ظهور الشكوى حتي اللحظة الحاضرة.
- تدرج الشكوى الزمني والأعراض التي صاحبت هذا التدرج.

الفصل الثاني: المقابلة الطب نفسية

- الاعراض النفسية الأخري الموجودة حاليا والتي صاحبت أو أعقبت الشكوى وتفصيلها، وهي الأعراض المرضية التي نشأت من اضطراب الوظائف النفسية، (التي سبقت الإشارة إليها) بالاضافة إلى أعراض اضطراب العلاقات الاجتماعية والعمل.
- الاعراض الجسمانية الموجودة حاليا أيضا.
- العلاج الذي أخذ وتأثيره ومقدار التحسن الذي طرأ بسببه.
- هل أدخل مستشفى بسبب هذه الشكوى؟ المدة التي قضاها ؟ ومقدار التحسن؟

٥- التاريخ المرضى السابق ويشمل:

- حدوث حالة مشابهه في السابق، متي كانت؟

وما العلاج الذي أخذ ؟ وما هي الاستجابة لهذا العلاج؟

- اضطراب نفسي أو عقلي آخر، وما هو؟

وماذا كانت مظاهره الاكلينكية؟ متي حدث ذلك؟ وبماذا تحسن؟

- مرض طبي أو جراحي له علاقة بالحالة المرضية الحاضرة.

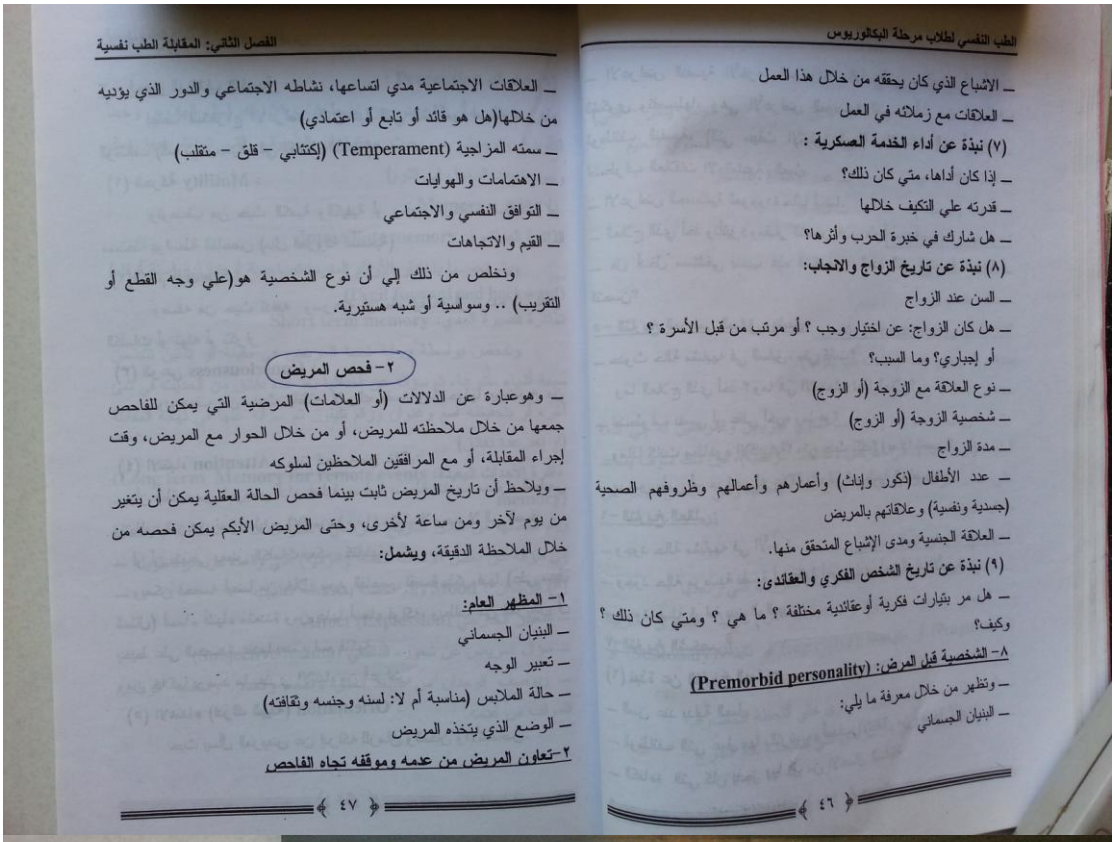
٦- التاريخ العائلي:

- وجود حالة مشابهه في الأسرة .
- وجود حالة مرضية نفسية أو عقلية أخري لدي أحد أفراد الأسرة.
- وجود صلة قرابة بين الوالدين.

٧-التاريخ الشخصي:

(٦) نبذة عن التاريخ العملي:

- السن عند بداية العمل
- الوظائف التي عمل بها بالترتيب وأسباب الانتقال من وظيفة لأخري
- الكفاءة التي كان ينجز بها كل من الاعمال السابقة



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ـ الاشباع الذي كان يحققه من خلال هذا العمل
ـ العلاقات مع زملائه في العمل

(٧) نبذة عن أداء الخدمة العسكرية :

ـ إذا كان أداها، متي كان ذلك؟
ـ قدرته علي التكيف خلالها
ـ هل شارك في خبرة الحرب وأثرها؟

(٨) نبذة عن تاريخ الزواج والانجاب:

ـ السن عند الزواج
ـ هل كان الزواج: عن اختيار وحب ؟ أو مرتب من قبل الأسرة ؟ أو إجباري؟ وما السبب؟
ـ نوع العلاقة مع الزوجة (أو الزوج)
ـ شخصية الزوجة (أو الزوج)
ـ مدة الزواج
ـ عدد الأطفال (ذكور وإناث) وأعمارهم وأعمالهم وظروفهم الصحية (جسدية ونفسية) وعلاقاتهم بالمريض
ـ العلاقة الجنسية ومدى الإشباع المتحقق منها.

(٩) نبذة عن تاريخ الشخص الفكري والعقائدي:

ـ هل مر بتيارات فكرية أوعقائدية مختلفة ؟ ما هي ؟ ومتي كان ذلك ؟ وكيف؟

٨- الشخصية قبل المرض: (Premorbid personality)

ـ وتظهر من خلال معرفة ما يلي:
ـ البنيان الجسماني

الفصل الثاني: المقابلة الطب نفسية

ـ العلاقات الاجتماعية مدي اتساعها، نشاطه الاجتماعي والدور الذي يؤديه من خلالها(هل هو قائد أو تابع أو اعتمادي)
ـ سمته المزاجية (Temperament) (إكتئابي – قلق – متقلب)
ـ الاهتمامات والهوايات
ـ التوافق النفسي والاجتماعي
ـ القيم والاتجاهات

ونخلص من ذلك إلي أن نوع الشخصية هو(علي وجه القطع أو التقريب) .. وسواسية أو شبه هستيرية.

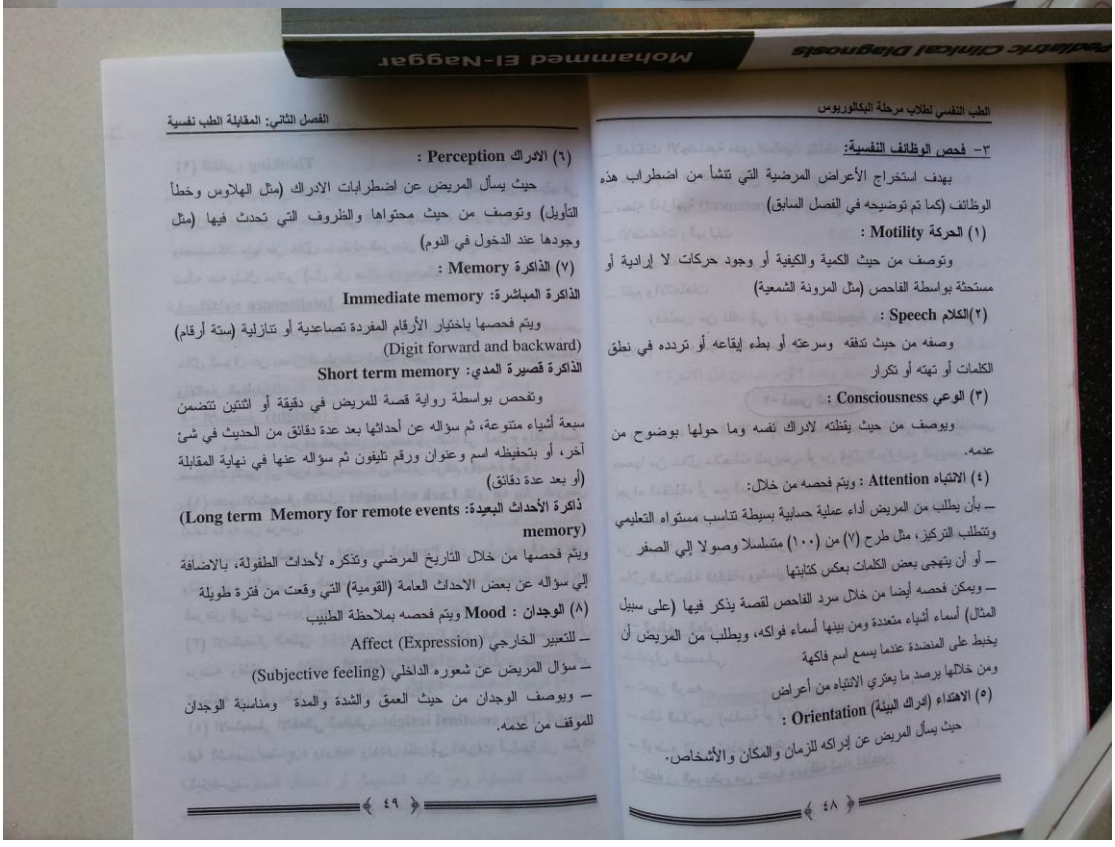
٢- فحص المريض

ـ وهوعبارة عن الدلالات (أو العلامات) المرضية التي يمكن للفاحص جمعها من خلال ملاحظته للمريض، أو من خلال الحوار مع المريض، وقت إجراء المقابلة، أو مع المرافقين الملاحظين لسلوكه
ـ ويلاحظ أن تاريخ المريض ثابت بينما فحص الحالة العقلية يمكن أن يتغير من يوم لآخر ومن ساعة لأخرى، وحتى المريض الأبكم يمكن فحصه من خلال الملاحظة الدقيقة، **ويشمل:**

١- المظهر العام:

ـ البنيان الجسماني
ـ تعبير الوجه
ـ حالة الملابس (مناسبة أم لا: لسنه وجنسه وثقافته)
ـ الوضع الذي يتخذه المريض

٢-تعاون المريض من عدمه وموقفه تجاه الفاحص



Mohammed El-Naggar

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٣- فحص الوظائف النفسية:

بهدف استخراج الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب هذه الوظائف (كما تم توضيحه في الفصل السابق)

(١) الحركة Motility :

وتوصف من حيث الكمية والكيفية أو وجود حركات لا إرادية أو مستحثة بواسطة الفاحص (مثل المرونة الشمعية)

(٢)الكلام Speech :

وصفه من حيث تدفقه وسرعته أو بطء إيقاعه أو تردده في نطق الكلمات أو تهته أو تكرار

(٣) الوعي Consciousness :

ويوصف من حيث يقظته لادراك نفسه وما حولها بوضوح من عدمه.

(٤) الانتباه Attention : ويتم فحصه من خلال:

ـ بأن يطلب من المريض أداء عملية حسابية بسيطة تناسب مستواه التعليمي وتتطلب التركيز، مثل طرح (٧) من (١٠٠) متسلسلا وصولا إلي الصفر
ـ أو أن يتهجى بعض الكلمات بعكس كتابتها
ـ ويمكن فحصه أيضا من خلال سرد الفاحص لقصة يذكر فيها (على سبيل المثال) أسماء أشياء متعددة ومن بينها أسماء فواكه، ويطلب من المريض أن يخبط على المنضدة عندما يسمع اسم فاكهة
ومن خلالها يرصد ما يعتري الانتباه من أعراض

(٥) الاهتداء (ادراك البيئة) Orientation :

حيث يسأل المريض عن إدراكه للزمان والمكان والأشخاص.

الفصل الثاني: المقابلة الطب نفسية

(٦) الادراك Perception :

حيث يسأل المريض عن اضطرابات الادراك (مثل الهلاوس وخطأ التأويل) وتوصف من حيث محتواها والظروف التي تحدث فيها (مثل وجودها عند الدخول في النوم)

(٧) الذاكرة Memory :

الذاكرة المباشرة: Immediate memory

ويتم فحصها باختيار الأرقام المفردة تصاعدية أو تنازلية (ستة أرقام) (Digit forward and backward)

الذاكرة قصيرة المدي: Short term memory

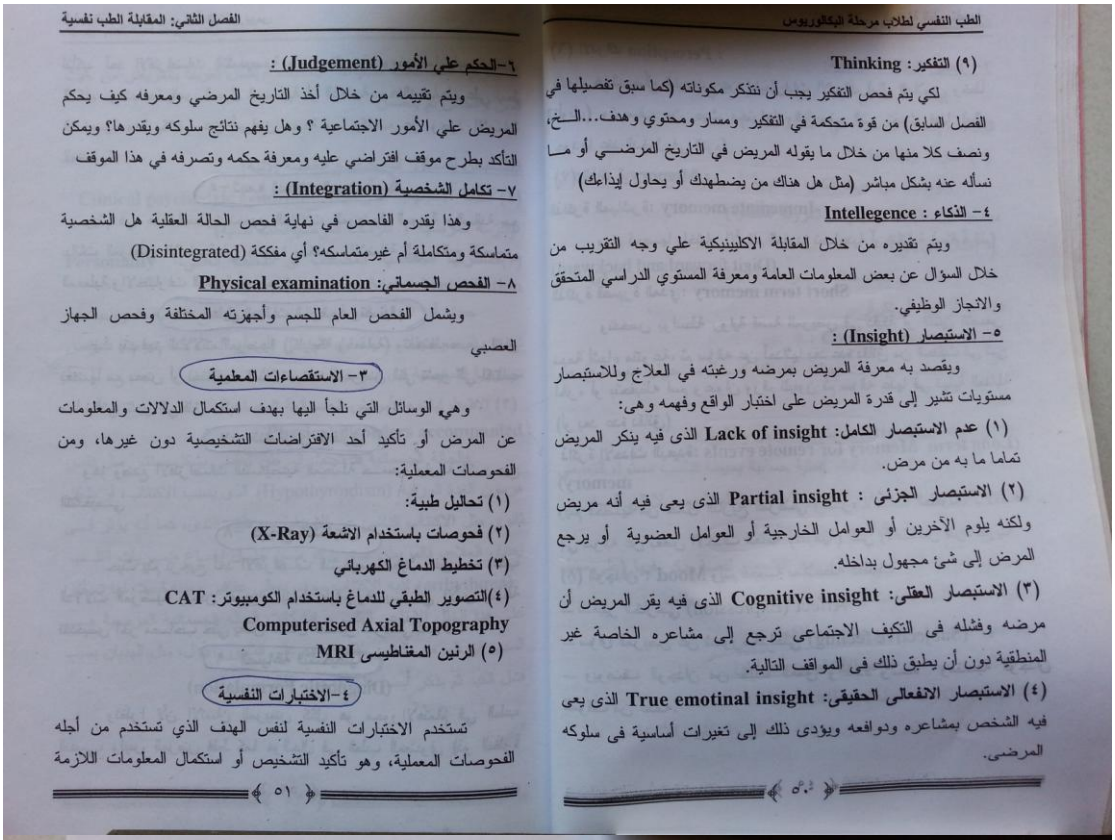
وتفحص بواسطة رواية قصة للمريض في دقيقة أو اثنتين تتضمن سبعة أشياء متنوعة، ثم سؤاله عن أحداثها بعد عدة دقائق من الحديث في شئ آخر، أو بتحفيظه اسم وعنوان ورقم تليفون ثم سؤاله عنها في نهاية المقابلة (أو بعد عدة دقائق)

ذاكرة الأحداث البعيدة: Long term memory) Memory for remote events)

ويتم فحصها من خلال التاريخ المرضي وتذكره لأحداث الطفولة، بالاضافة إلي سؤاله عن بعض الاحداث العامة (القومية) التي وقعت من فترة طويلة

(٨) الوجدان : Mood ويتم فحصه بملاحظة الطبيب

ـ للتعبير الخارجي Affect (Expression)
ـ سؤال المريض عن شعوره الداخلي (Subjective feeling)
ـ ويوصف الوجدان من حيث العمق والشدة والمدة ومناسبة الوجدان للموقف من عدمه.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

(٩) التفكير : Thinking

لكي يتم فحص التفكير يجب أن نتذكر مكوناته (كما سبق تفصيلها في الفصل السابق) من قوة متحكمة في التفكير ومسار ومحتوي وهدف...الـخ، ونصف كلا منها من خلال ما يقوله المريض في التاريخ المرضـي أو مـا نسأله عنه بشكل مباشر (مثل هل هناك من يضطهدك أو يحاول إيذاءك)

٤- الذكاء : Intellegence

ويتم تقديره من خلال المقابلة الاكلينيكية علي وجه التقريب من خلال السؤال عن بعض المعلومات العامة ومعرفة المستوي الدراسي المتحقق والانجاز الوظيفي.

٥- الاستبصار (Insight) :

ويقصد به معرفة المريض بمرضه ورغبته في العلاج وللاستبصار مستويات تشير إلى قدرة المريض على اختبار الواقع وفهمه وهي:

(١) عدم الاستبصار الكامل: Lack of insight الذى فيه ينكر المريض تماما ما به من مرض.

(٢) الاستبصار الجزئى : Partial insight الذى يعى فيه أنه مريض ولكنه يلوم الآخرين أو العوامل الخارجية أو العوامل العضوية أو يرجع المرض إلى شئ مجهول بداخله.

(٣) الاستبصار العقلى: Cognitive insight الذى فيه يقر المريض أن مرضه وفشله فى التكيف الاجتماعى ترجع إلى مشاعره الخاصة غير المنطقية دون أن يطبق ذلك فى المواقف التالية.

(٤) الاستبصار الانفعالى الحقيقى: True emotinal insight الذى يعى فيه الشخص بمشاعره ودوافعه ويؤدى ذلك إلى تغيرات أساسية فى سلوكه المرضى.

الفصل الثاني: المقابلة الطب نفسية

٦-الحكم على الأمور (Judgement) :

ويتم تقييمه من خلال أخذ التاريخ المرضي ومعرفه كيف يحكم المريض علي الأمور الاجتماعية ؟ وهل يفهم نتائج سلوكه ويقدرها؟ ويمكن التأكد بطرح موقف افتراضي عليه ومعرفة حكمه وتصرفه في هذا الموقف

٧- تكامل الشخصية (Integration) :

وهذا يقدره الفاحص في نهاية فحص الحالة العقلية هل الشخصية متماسكة ومتكاملة أم غيرمتماسكه؟ أي مفككة (Disintegrated)

٨- الفحص الجسماني: Physical examination

ويشمل الفحص العام للجسم وأجهزته المختلفة وفحص الجهاز العصبي

٣- الاستقصاءات المعلمية

وهي الوسائل التي نلجأ اليها بهدف استكمال الدلالات والمعلومات عن المرض أو تأكيد أحد الافتراضات التشخيصية دون غيرها، ومن الفحوصات المعملية:

(١) تحاليل طبية:

(٢) فحوصات باستخدام الاشعة (X-Ray)

(٣) تخطيط الدماغ الكهربائي

(٤)التصوير الطبقي للدماغ باستخدام الكومبيوتر: CAT Computerised Axial Topography

(٥) الرنين المغناطيسى MRI

٤-الاختبارات النفسية

تستخدم الاختبارات النفسية لنفس الهدف الذي تستخدم من أجله الفحوصات المعملية، وهو تأكيد التشخيص أو استكمال المعلومات اللازمة

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

لتأكيد أحد الافتراضات التشخيصية وهي متنوعة، ومنها ما يقيس معدل الذكاء ومنها ما يقيس الميول العصابية أو الذهانية، وهناك مايدل علي نمط الشخصية وما يكشف عن أمراض معينة وما يكشف عن وجود الاصابة العضوية

٥- تجمع الدلالات المرضية

ويتم في هذه الخطوة تجميع الدلالات المرضية الموجة والسالبة مع بيانات المريض الاساسية في صورة ملخص بالاضافة إلي نتائج الفحوص المعملية والاختبارات النفسية ان وجدت

٦- تحليل البيانات المرضية وتصنيفها

حيث يتم فهم الدلالات المرضية (إكلينيكة ومعملية) وتصنف حسب اتفاق بعضها مع بعض أو اختلافها، فمثلا تصنف الاعراض التي تشير الي اكتئاب معا والتي تشير الي قلق معا

٧- التشخيص المفارق

وهو وضع الافتراضات التشخيصية المحتملة حسب أولية الترجيح التشخيصي

٨- ترجيح التشخيص

حيث يتم ترجيح أحد الافتراضات التشخيصية حيث تتفق معه أغلب الدلالات المرضية ويمكن تفسيرها بناءا عليه، وقد يستدعي الأمر إضافة تشخيص آخر مصاحب حتي يمكن اكتمال التفسير المرضي للدلالات

٩- الصياغة التشخيصية

(Diagnostic Formulation)

ونظرا لأن الانسان المريض ككل هو محورالاهتمام في الطب النفسي، وليس المرض فقط كما هوالحال في الطب العضوي (ذو النظرة

الفصل الثاني: المقابلة الطب نفسية

القاصرة)، لذلك كانت الصياغة التشخيصية تشمل تعريفا بالمريض من حيث السن والجنس ثم يتضمن

التشخيص للمحاور التشخيصية الخمسة الاتية:

(١) الحالة الاكلينيكية المرضية: Clinical psychiatric syndrome (اللزمة المرضية او اللزمات المرضيةالطب نفسية)

(٢)اضطراب الشخصية المصاحب أو التخلف العقلى: Personality Disorder or Mental retardation

حيث أن الحالة المرضية الحاضرة هى نتاج اللزمة المرضية فى شخص ذو مواصفات معينة قبل المرض (أى أن الحالة الحاضرة = المرض مضروبا الشخصية قبل المرض)

(٣) الاضطرابات والأمراض الجسمانية المصاحبة: Physical disorders accompanied

فالحالة الجسمانية قد تحدث المرض النفسى بشكل مباشر مثل نقص هرمون الغدة الورقية (Hypothyroidism) الذى يسبب الاكتئاب، أو بشكل ثانوى مثل الاكتئاب الناشئ عن الاصابة بسرطان الثدى، كما أنه يؤثر فى اختيار العلاج، فالمريض الذى يشكو من خلل إيقاع ضربات القلب (arrhythmia)ولديه الاكتئاب سوف يعطى عقاقير معينه ليست لها تأثير على هذا الخلل الايقاعى للقلب .. إذا كانت الحاله الجسمانية المرضية هى السبب فى المرض النفسى تذكر معه على المحور الأول، مثل الهذيان بسبب فشل الكبد ثم يذكر أيضا على المحور الثالث.

(٤) شدة الضغوط النفسية والاجتماعية والبيئية: Psychosocial and Environmental Problems

شدة الضغوط المؤثرة في حدوث الحالة المرضية واختلال التكيف مثل أحداث الحياة السلبية والضغوط الأسرية ونقص المساندة الاجتماعية، وأحيانا تكون الضغوط موجبة مثل الترقية في مجال العمل وما تعرضه من ضغوط على الشخص .. وقد توضع المشكلات النفسية الاجتماعية على المحور الأول عندما تكون هي بؤرة الاهتمام الاكلينيكي

(٥) مستوي التكيف العام وأداء الشخص وظيفيا واجتماعيا: Global Assessment of functioning.

الفصل الثالث

اضطرابات الهذيان والخرف

تتميز الاضطرابات المعرفية بالنقص الهام في المعرفة أو الذاكرة الذى يمثل تغيرا هاما عن الأداء الوظيفي السابق وكل اضطراب منها قد يرجع إلى حالة طبية عامة (مرض جسماني) أو تعاطي مادة سواء كان إدمان أو عقار طبي أو سم أو خليط من كل ذلك.

الهـــــذيان

(Delirium)

وهو اضطراب عقلي يتميز أساسا باضطراب الوعي والتغير المعرفي الذى يحدث في فترة قصيرة مع نقص قدرة المحافظة على الإنتباه للمثيرات الخارجية، وصعوبة الإنتقال من مثير لأخر، وإختلال التفكير كما يبدو من اللف والدوران، أو عدم إرتباط الأفكار ببعضها وعدم إتساق الكلام، مع نقص مستوى الوعي وإختلال الإدراك الحسي واضطراب دورة النوم واليقظة واضطراب النشاط الحركي وعدم الإهتداء (عدم إدراك الزمان والمكان أو عدم إدراك الأشخاص) وخلل الذاكرة .. وعادة تكون البداية سريعة والمسار متموج والمدة قصيرة.

واضطراب الوعي في الهذيان يعد العلامة الأساسية، حيث تختل حالة اليقظة ووعي الشخص بنفسه والبيئة من حوله الذى يصاحبه خلل الإنتباه فتكون صعوبة المحافظة على الإنتباه وصعوبة الإنتقال من مثير لأخر، ويسهل تشتت الشخص بمثيرات ليست لها علاقة ويجب تكرار الأسئلة

عدة مرات بسبب عدم قدرة الشخص على تركيز إنتباهه، ويصعب أن يندمج في محادثة لأنه متشتت الإنتباه أو لأنه مواظب على تكرار الإستجابة لأسئلة سابقة، وينشأ عن نقص الإنتباه فقد الذاكرة للأحداث القريبة إلى حد ما.

والمصاب بالهذيان لا يستطيع المحافظة على إتساق التفكير ويفقد التفكير وضوحه المعتاد كما يفقد الهدف ويبدو متناثرا وغير مترابط.

وكثيرا ما توجد اضطرابات الإدراك في صورة خداعات أو هلاوس وأغلبها بصرية، وغالبا ما يصاحبها إقتناع ضلالي بواقعية الهلاوس، ويصاحبها إستجابة سلوكية إنفعالية ترتبط بمحتواها.

وتختل دورة النوم واليقظة حيث يصعب نوم المريض ليلا ويظل ساهرا، ويكثر إنخفاض مستوى الوعي الذي يتدرج من الدوخة إلى ما يشبه الغيبوبة، وتكثر الكوابيس أثناء النوم وقد ترتبط بالهلاوس.

واضطراب النشاط الحركي في صورة عدم الإستقرار وكثرة الحركة وتحريك الأغطية ومحاولة القيام من السرير والخبط على الأشياء المحيطة به، وفجائية تغيير الوضع، وقد تقل الحركة إلى ما يشبه الذهول الكتاتوني، وغالبا ما ينتقل من نقيض لآخر(من كثرة الحركة إلى إنعدامها).

البداية والمسار والمآل:

يبدأ الهذيان في أي سن ولكنه شائع بصفة خاصة في الأطفال وبعد سن الستين، وهو اضطراب قصير المدى وأحيانا يبدأ فجأة كما في حالة إصابة الرأس، وأحيانا يسبق بأعراض ممهدة تظل عدة أيام أو ساعات (وتشمل: عدم الإستقرار وصعوبة التفكير الواضح وزيادة الحساسية للمثيرات السمعية والبصرية والأرق ليلا والنوم نهارا والكوابيس)، وظهور الأعراض

يكون ببطء وأكثر في حالات الهذيان الناتج عن مرض جهازي أو إختلال أيضي.

ويعتبر تماوج الأعراض من أهم موصفات الهذيان والشخص يكون أسوأ ما يمكن خلال ساعات عدم النوم ليلا أو في الظلام، وأحيانا يكون الشخص منتبها ومتسقا في تفكيره، وتسمى هذه الظاهرة بفترة التحسن المؤقتة (Lucid interval)، وتحدث في أي وقت ولكنها أكثر حدوثا في الصباح، وهذا يساعد في تمييز الهذيان من المتلازمات العقلية الأخرى.

وعادة تظل نوبة الهذيان مدة قصيرة (حوالي أسبوع) ونادرا ما يظل لأكثر من شهر، وإذا عولج سبب الهذيان يكون الشفاء كاملا، وإذا ظل السبب موجودا فإن الصورة الإكلينيكية تتحول تدريجيا من الهذيان إلى شكل آخر من الأمراض العقلية أكثر ثباتا (مثل الخرف) أو تكون الوفاة.

مضاعفات الهذيان:

ومن أهم مضاعفات الهذيان الإصابات الناتجة عن السقوط من السرير في محاولة المريض الهروب من الهلاوس المخيفة، وإذا أهمل العلاج فإنه قد يتحول إلى خرف أو نساوة عضوية أو اضطراب الشخصية العضوية.

الإنتشـــار:

عادة يجد الأطباء النفسيون الهذيان في الحالات التي يدعون للإستشارة بشأنها في أقسام الطب والجراحة في المستشفيات لعامة، حيث لوحظ أن حوالي (١٠%) من كل المرضى الذين يدخلون إلى المستشفيات العامة يظهرون الهذيان بدرجة ما، ويختلف معدل الحدوث في أقسام

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"

المستشفى، فعلى سبيل المثال يصل إلى (٣٠%) من المرضى في أقسام الجراحة ذات الرعاية المركزة، وفي وحدات الرعاية المركزة لمرضى شرايين القلب التاجية؛ ويصل إلى (٢٠%) في مرضى الحروق الشديدة وتصل النسبة من ٤٠-٥٠ % بين المرضى الذين تم شفاؤهم من جراحات عظام الحوض، ويكثر إنتشاره بين الأطفال والشيوخ كما يكثر بين المصابين بآفات في الدماغ ومن سبقت إصابتهم بالهذيان، ويعد حدوث الهذيان علامة سيئة فلقد قدر معدل الوفيات خلال ثلاثة أشهر لمن أصابهم هذيان بنسبة ٢٣-٣٣%، وخلال سنة وصلت إلى ٥٠%.

أسباب الهذيان:

وأسباب الهذيان مركبة ومتعددة ومتداخلة في خليط من ظروف موقفية وعوامل شخصية ودوائية، فمثلا سبب الهذيان بعد عملية جراحية يشمل ضغط الجراحة وألم ما بعد العملية والأرق وعلاج الألم وإختلال الكهارل والعدوى والحمى ونزف الدم.

ويمكن تصنيف الأسباب كما يلي:

١-أمراض جهازية:

مثل هبوط القلب ونقص التغذية وفقر الدم والعدوى والحمى والجفاف وتسمم بالبوليا، وزيادة أو نقص إفراز الغدة الدرقية، وكل الأسباب التي تؤدي إلى نقص الأكسجين في الدم، ويلاحظ أن هذه الأسباب إذا تركت دون علاج تؤدي إلى مرض مخي مثل الخرف.

٢-اضطرابات أيض:

مثل إختلال الكهارل وإختلال الإتزان الحامض القلوي وزيادة أو نقص الكالسيوم في الدم.

٣-أمراض عصبية:

مثل التهاب الدماغ وإصابات الرأس خاصة التي تحدث تجمعا دمويا تحت الأم الجافية، وكذلك التشنجات وأمراض الجهاز العصبي الأخرى (مثل الأورام والعدوى أو الخراريج وإرتفاع ضغط الدم الحاد وإستسقاء الدماغ)

٤-العقاقير:

وخاصة مدرات البول (التي تسبب جفافا مع إختلال الكهارل في الدم) والمليانات (لنفس السبب)، والمنومات (الباربيتورات) والبنزوديازبين والمطمئنات العظمى والمهدئات، حيث أن لها تأثيرا مضاد للأستيل كولين الذي يسبب هذيان، وبصفة خاصة لكبار السن من الشيوخ، وكذلك الإستيرويدات ومحاكيات الودي ومضادات التشنج ومضادات الضغط المرتفع ومضادات خلل الإيقاع القلبي ومضادات الاكتئاب ومضادات الأورام، ومقفلات البيتا والكلونيدين والدجيتالس Digitalis والسميتيدين Cimetidine

٥-إحتباس البول الحاد وإحتباس البراز: يرتبط أحيانا بحالات الهذيان.

وأحيانا تتضافر عوامل غير كاف أي منها منفردا لإحداث الهذيان لتحدثه معا مجتمعة مثل الحرمان من النوم والجفاف وفقر الدم أو الضغوط مع عدوى بسيطة في شيخ مسن.

علاج الهذيان:

يستلزم إدخال المريض مستشفى حيث يتم فحصه جيدا بحثا عن السبب الذي قد تكشفه الإستقصاءات المعملية، وبالإضافة إلى علاج السبب يلزم علاج عام للأعراض، يشمل تخفيف التوتر ومنع المضاعفات والإصابات والتغذية ومراعاة الكهارل بالجسم والسوائل.

ويقتصر العلاج بالعقاقير على الضروري جدا منها، خاصة في حالة الفوران الداخلي وعدم الإستقرار لمنع المضاعفات والإصابات ولتقليل الأعراض الذهانية وتغيم الوعي، مثل جرعات قليلة من مضادات الذهان ٠,٥ – ٤ مجم هالوبيريدول، أو الرسبيريدون ٠,٥ – ٤ مج .. أو البنزوديازبين مثل لورازيبام ٠,٥ – ٦ مج/اليوم قد يكون مفيدا في حالة الفوران (التأجج) الداخلي أو خلل النوم (كما في حالات انسحاب الكحول)

الخـــرف

(Dementia)

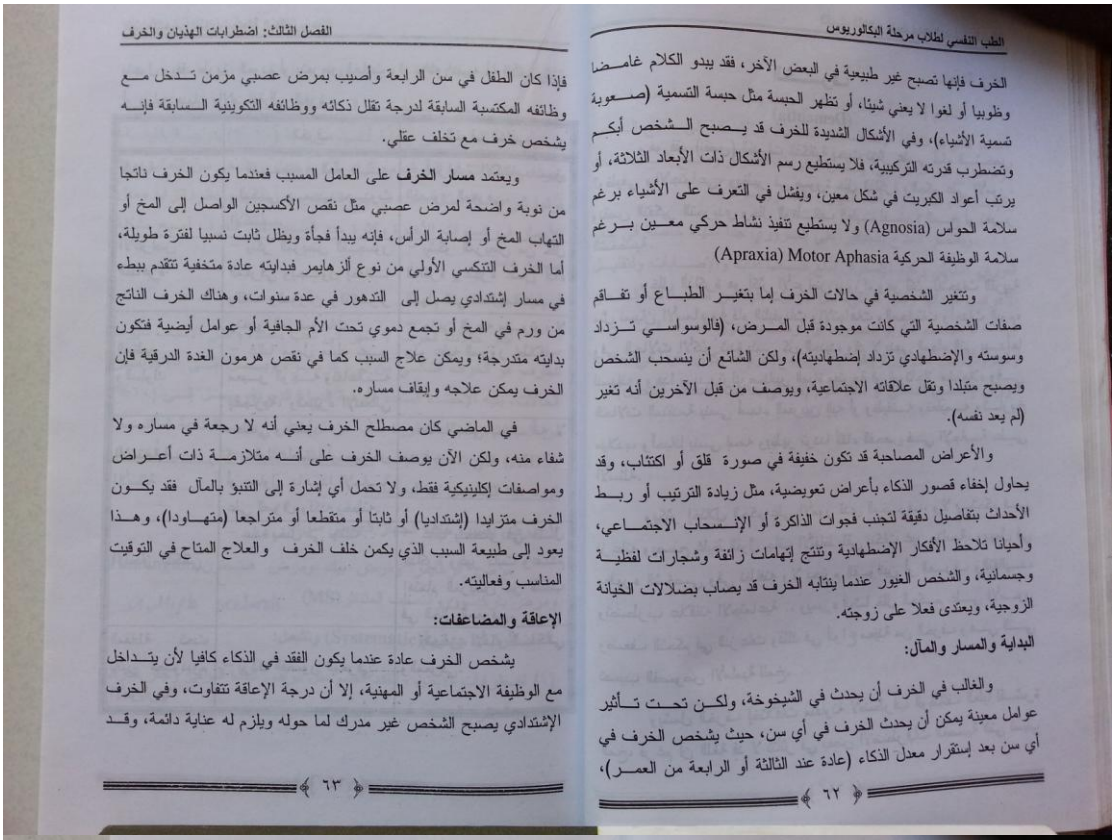
وهو فقد (نقص) القدرات الذكائية بحيث تؤثر على أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي، ويظهر في صورة خلل الذاكرة والحكم على الأمور، ونقص التفكير التجريدي وخلل الوظائف العليا لقشرة المخ أو تغير الشخصية.

وخلل الذاكرة هو أكثر الأعراض بروزا، وهو أكثر للأحداث القريبة مثل نسيان الأسماء وأرقام التليفونات والإتجاهات والمحادثات وأحداث اليوم، وفي الحالات الأكثر شدة ينسى كل الجديد، وقد لا ينهي المهام التي يبدأها لنسيانه، وهذا يسبب ترك صنابير المياة مفتوحة أو البوتاجاز مشتعلا، وفي الحالات المتقدمة ينسى أسماء المقربين إليه أو وظيفته وتعليمه وتاريخ ميلاده، وأحيانا ينسى إسمه ويظهر ترددا أثناء الفحص في الإجابة على الأسئلة.

ويكثر إختلال الحكم على الأمور لدى المخرف، ولا يتحكم في نزعاته ويصبح غليظ القول جاف الألفاظ يلقي بنكات غير مناسبة، ويهمل في مظهره الشخصي وفي نظافته ولا يحترم القوانين أو العرف والتقاليد، وتضطرب علاقاته الاجتماعية .. ويميزه أيضا خلل الحكم على الأمور وضعف التحكم في النزعات وذلك في أنواع معينة من الخرف وهي التي تصيب القصوص الأمامية للمخ.

ويشمل الخرف إختلافات متفاوتة لاضطراب الوظائف العليا لقشرة المخ، فرغم أن اللغة قد لا تتأثر في بعض الاضطرابات العصبية التي تسبب

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الخرف فإنها تصبح غير طبيعية في البعض الآخر، فقد يبدو الكلام غامضا وظوبيا أو لغوا لا يعني شيئا، أو تظهر الحبسة مثل حبسة التسمية (صعوبة تسمية الأشياء)، وفي الأشكال الشديدة للخرف قد يصبح الشخص أبكم وتضطرب قدرته التركيبية، فلا يستطيع رسم الأشكال ذات الأبعاد الثلاثة، أو يرتب أعواد الكبريت في شكل معين، ويفشل في التعرف على الأشياء برغم سلامة الحواس (Agnosia) ولا يستطيع تنفيذ نشاط حركي معين برغم سلامة الوظيفة الحركية (Apraxia) Motor Aphasia

وتتغير الشخصية في حالات الخرف إما بتغير الطباع أو تفاقم صفات الشخصية التي كانت موجودة قبل المرض، (فالوسواسي تزداد وسوسته والإضطهادي تزداد إضطهاديته)، ولكن الشائع أن ينسحب الشخص ويصبح متبلدا وتقل علاقاته الاجتماعية، ويوصف من قبل الآخرين أنه تغير (لم يعد نفسه).

والأعراض المصاحبة قد تكون خفيفة في صورة قلق أو اكتئاب، وقد يحاول إخفاء قصور الذكاء بأعراض تعويضية، مثل زيادة الترتيب أو ربط الأحداث بتفاصيل دقيقة لتجنب فجوات الذاكرة أو الإنسحاب الاجتماعي، وأحيانا تلاحظ الأفكار الإضطهادية وتنتج إتهامات زائفة وشجارات لفظية وجسمانية، والشخص الغيور عندما ينتابه الخرف قد يصاب بضلالات الخيانة الزوجية، ويعتدى فعلا على زوجته.

البداية والمسار والمآل:

والغالب في الخرف أن يحدث في الشيخوخة، ولكن تحت تأثير عوامل معينة يمكن أن يحدث الخرف في أي سن، حيث يشخص الخرف في أي سن بعد إستقرار معدل الذكاء (عادة عند الثالثة أو الرابعة من العمر)،

الفصل الثالث: اضطرابات الهذيان والخرف

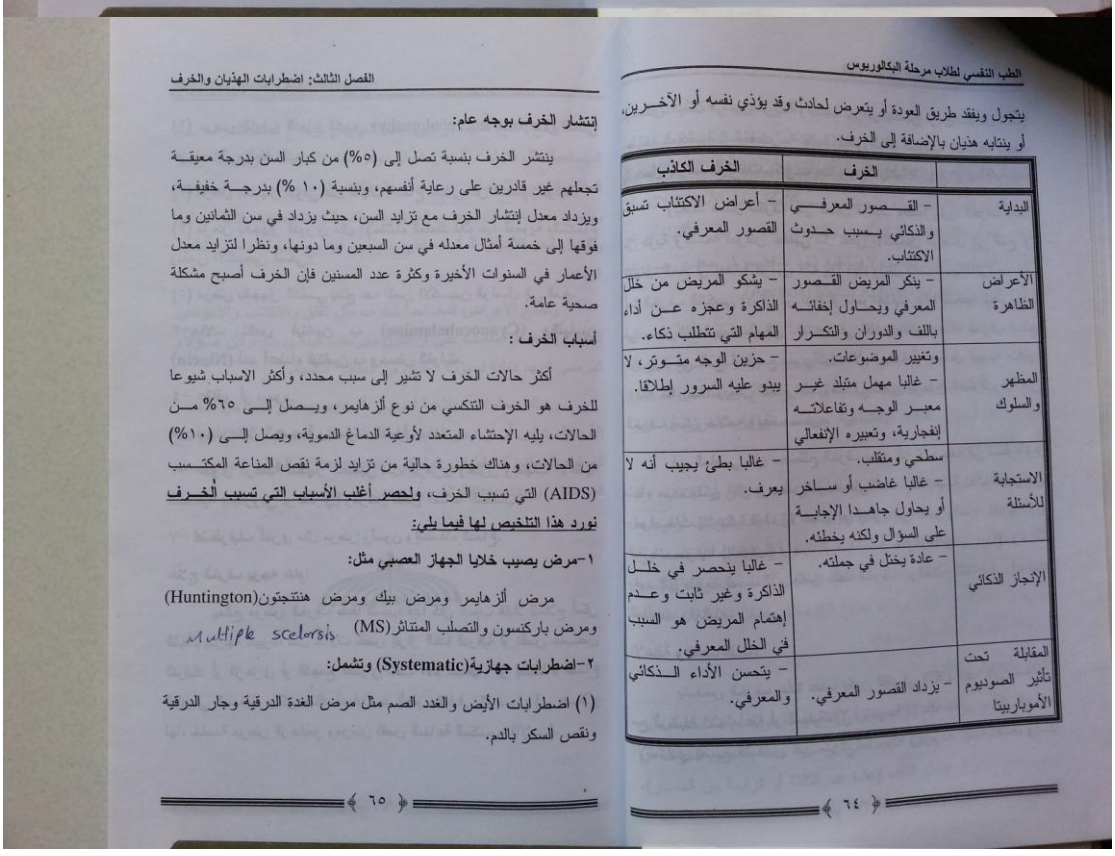
فإذا كان الطفل في سن الرابعة وأصيب بمرض عصبي مزمن تدخل مع وظائفه المكتسبة السابقة لدرجة تقلل ذكائه ووظائفه التكوينية السابقة فإنه يشخص خرف مع تخلف عقلي.

ويعتمد **مسار الخرف** على العامل المسبب فعندما يكون الخرف ناتجا من نوبة واضحة لمرض عصبي مثل نقص الأكسجين الواصل إلى المخ أو التهاب المخ أو إصابة الرأس، فإنه يبدأ فجأة ويظل ثابت نسبيا لفترة طويلة، أما الخرف التنكسي الأولي من نوع ألزهايمر فبدايته عادة متخفية تتقدم ببطء في مسار إشتدادي يصل إلى التدهور في عدة سنوات، وهناك الخرف الناتج من ورم في المخ أو تجمع دموي تحت الأم الجافية أو عوامل أيضية فتكون بدايته متدرجة؛ ويمكن علاج السبب كما في نقص هرمون الغدة الدرقية فإن الخرف يمكن علاجه وإيقاف مساره.

في الماضي كان مصطلح الخرف يعني أنه لا رجعة في مساره ولا شفاء منه، ولكن الآن يوصف الخرف على أنه متلازمة ذات أعراض ومواصفات إكلينيكية فقط، ولا تحمل أي إشارة إلى التنبؤ بالمآل فقد يكون الخرف متزايدا (إشتداديا) أو ثابتا أو متقطعا أو متراجعا (متهاودا)، وهذا يعود إلى طبيعة السبب الذي يكمن خلف الخرف والعلاج المتاح في التوقيت المناسب وفعاليته.

الإعاقة والمضاعفات:

يشخص الخرف عادة عندما يكون الفقد في الذكاء كافيا لأن يتداخل مع الوظيفة الاجتماعية أو المهنية، إلا أن درجة الإعاقة تتفاوت، وفي الخرف الإشتدادي يصبح الشخص غير مدرك لما حوله ويلزم له عناية دائمة، وقد



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

يتجول ويفقد طريق العودة أو يتعرض لحادث وقد يؤذي نفسه أو الآخرين، أو ينتابه هذيان بالإضافة إلى الخرف.

	الخرف	الخرف الكاذب
البداية	- القصور المعرفي والذكائي يسبب حدوث الاكتئاب.	- أعراض الاكتئاب تسبق القصور المعرفي.
الأعراض الظاهرة	- ينكر المريض القصور المعرفي ويحاول إخفائه باللف والدوران والتكرار	- يشكو المريض من خلل الذاكرة وعجزه عن أداء المهام التي تتطلب ذكاء.
المظهر والسلوك	وتغيير الموضوعات. - غالبا مهمل متبلد غير معبر الوجه وتفاعلاته إنفجارية، وتعبيره الإنفعالي	- حزين الوجه متوتر، لا يبدو عليه السرور إطلاقا.
الاستجابة للأسئلة	سطحي ومتقلب. - غالبا غاضب أو ساخر أو يحاول جاهدا الإجابة على السؤال ولكنه يخطئه.	- غالبا بطئ يجيب أنه لا يعرف.
الإنجاز الذكائي	- عادة يختل في جملته.	- غالبا ينحصر في خلل الذاكرة وغير ثابت وعدم إهتمام المريض هو السبب في الخلل المعرفي.
المقابلة تحت تأثير الصوديوم الأمباربيتا	- يزداد القصور المعرفي.	- يتحسن الأداء الذكائي والمعرفي.

الفصل الثالث: اضطرابات الهذيان والخرف

إنتشار الخرف بوجه عام:

ينتشر الخرف بنسبة تصل إلى (٥%) من كبار السن بدرجة معيقة تجعلهم غير قادرين على رعاية أنفسهم، وبنسبة (١٠ %) بدرجة خفيفة، ويزداد معدل إنتشار الخرف مع تزايد السن، حيث يزداد في سن الثمانين وما فوقها إلى خمسة أمثال معدله في سن السبعين وما دونها، ونظرا لتزايد معدل الأعمار في السنوات الأخيرة وكثرة عدد المسنين فإن الخرف أصبح مشكلة صحية عامة.

أسباب الخرف :

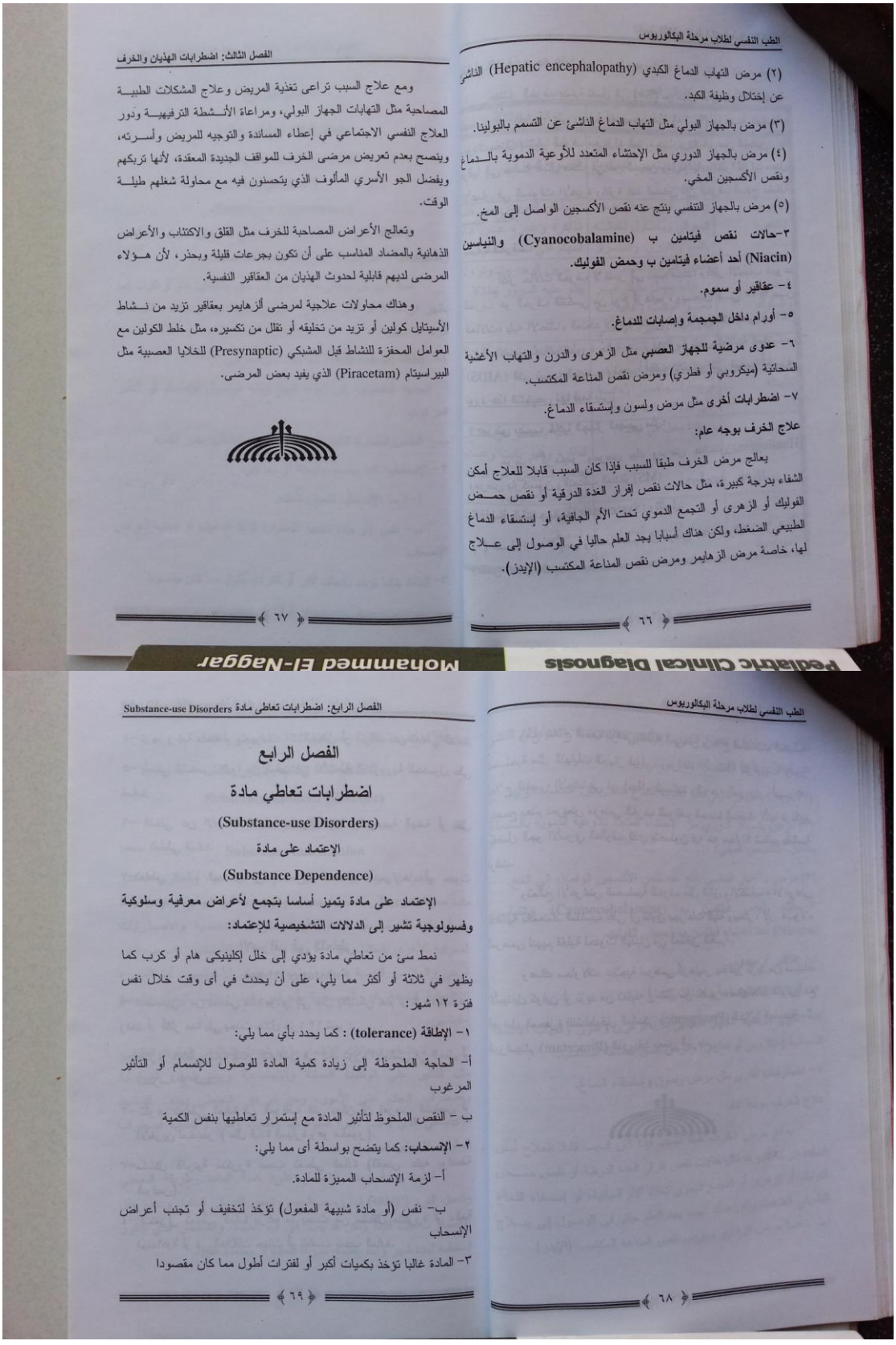
أكثر حالات الخرف لا تشير إلى سبب محدد، وأكثر الاسباب شيوعا للخرف هو الخرف التنكسي من نوع ألزهايمر، ويصل إلى ٦٥% من الحالات، يليه الإحتشاء المتعدد لأوعية الدماغ الدموية، ويصل إلى (١٠%) من الحالات، وهناك خطورة حالية من تزايد لزمة نقص المناعة المكتسب (AIDS) التي تسبب الخرف، **ولحصر أغلب الأسباب التي تسبب الخرف نورد هذا التلخيص لها فيما يلي:**

١-مرض يصيب خلايا الجهاز العصبي مثل:

مرض ألزهايمر ومرض بيك ومرض هنتنجتون(Huntington) ومرض باركنسون والتصلب المتناثر(MS) Multiple sclerosis

٢-اضطرابات جهازية(Systematic) وتشمل:

(١) اضطرابات الأيض والغدد الصم مثل مرض الغدة الدرقية وجار الدرقية ونقص السكر بالدم.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

(٢) مرض التهاب الدماغ الكبدي (Hepatic encephalopathy) الناشئ عن إختلال وظيفة الكبد.

(٣) مرض بالجهاز البولي مثل التهاب الدماغ الناشئ عن التسمم بالبولينا.

(٤) مرض بالجهاز الدوري مثل الإحتشاء المتعدد للأوعية الدموية بالدماغ ونقص الأكسجين المخي.

(٥) مرض بالجهاز التنفسي ينتج عنه نقص الأكسجين الواصل إلى المخ.

٣-حالات نقص فيتامين ب (Cyanocobalamine) والنياسين (Niacin) أحد أعضاء فيتامين ب وحمض الفوليك.

٤- عقاقير أو سموم.

٥- أورام داخل الجمجمة وإصابات للدماغ.

٦- عدوى مرضية للجهاز العصبي مثل الزهري والدرن والتهاب الأغشية السحائية (ميكروبي أو فطري) ومرض نقص المناعة المكتسب.

٧- اضطرابات أخرى مثل مرض ولسون وإستسقاء الدماغ.

علاج الخرف بوجه عام:

يعالج مرض الخرف طبقًا للسبب فإذا كان السبب قابلا للعلاج أمكن الشفاء بدرجة كبيرة، مثل حالات نقص إفراز الغدة الدرقية أو نقص حمض الفوليك أو الزهري أو التجمع الدموي تحت الأم الجافية، أو إستسقاء الدماغ الطبيعي الضغط، ولكن هناك أسبابا يجد العلم حاليا في الوصول إلى علاج لها، خاصة مرض الزهايمر ومرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

الفصل الثالث: اضطرابات الهذيان والخرف

ومع علاج السبب تراعى تغذية المريض وعلاج المشكلات الطبية المصاحبة مثل التهابات الجهاز البولي، ومراعاة الأنشطة الترفيهية ودور العلاج النفسي الاجتماعي في إعطاء المساندة والتوجيه للمريض وأسرته، وينصح بعدم تعريض مرضى الخرف للمواقف الجديدة المعقدة، لأنها تربكهم ويفضل الجو الأسري المألوف الذي يتحسنون فيه مع محاولة شغلهم طيلة الوقت.

وتعالج الأعراض المصاحبة للخرف مثل القلق والاكتئاب والأعراض الذهانية بالمضاد المناسب على أن تكون بجرعات قليلة وبحذر، لأن هؤلاء المرضى لديهم قابلية لحدوث الهذيان من العقاقير النفسية.

وهناك محاولات علاجية لمرضى ألزهايمر بعقاقير تزيد من نشاط الأسيتايل كولين أو تزيد من تخليقه أو تقلل من تكسيره، مثل خلط الكولين مع العوامل المحفزة للنشاط قبل المشبكي (Presynaptic) للخلايا العصبية مثل البيراسيتام (Piracetam) الذي يفيد بعض المرضى.

Pediatric Clinical Diagnosis Mohammed El-Naggar

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الفصل الرابع: اضطرابات تعاطى مادة Substance-use Disorders

الفصل الرابع

اضطرابات تعاطي مادة

(Substance-use Disorders)

الإعتماد على مادة

(Substance Dependence)

الإعتماد على مادة يتميز أساسا بتجمع لأعراض معرفية وسلوكية وفسيولوجية تشير إلى الدلالات التشخيصية للإعتماد:

نمط سئ من تعاطي مادة يؤدي إلى خلل إكلينيكى هام أو كرب كما يظهر في ثلاثة أو أكثر مما يلي، على أن يحدث في أى وقت خلال نفس فترة ١٢ شهر:

١- **الإطاقة (tolerance)** : كما يحدد بأي مما يلي:

أ- الحاجة الملحوظة إلى زيادة كمية المادة للوصول للإنسمام أو التأثير المرغوب

ب - النقص الملحوظ لتأثير المادة مع إستمرار تعاطيها بنفس الكمية

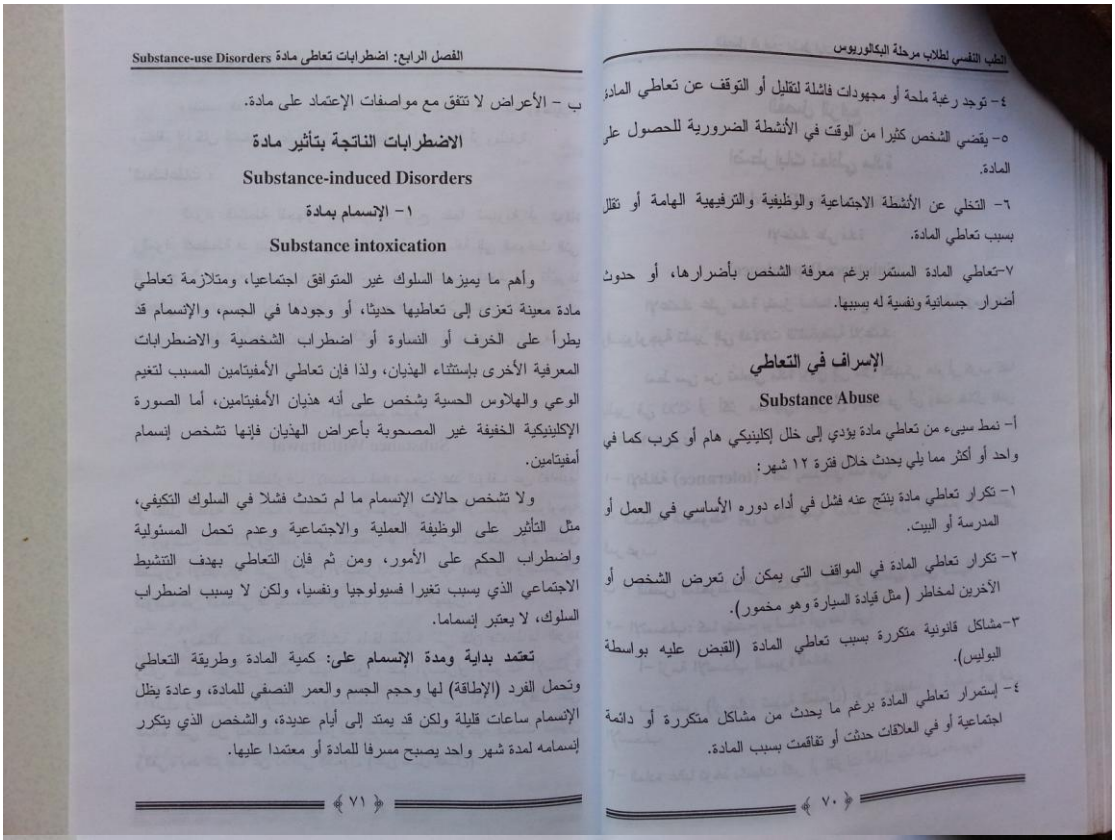
٢- **الإنسحاب:** كما يتضح بواسطة أى مما يلي:

أ- لزمة الإنسحاب المميزة للمادة.

ب- نفس (أو مادة شبيهة المفعول) تؤخذ لتخفيف أو تجنب أعراض الإنسحاب

٣- المادة غالبا تؤخذ بكميات أكبر أو لفترات أطول مما كان مقصودا

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٤- توجد رغبة ملحة أو مجهودات فاشلة لتقليل أو التوقف عن تعاطي المادة.

٥- يقضي الشخص كثيرا من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على المادة.

٦- التخلي عن الأنشطة الاجتماعية والوظيفية والترفيهية الهامة أو تقلل بسبب تعاطي المادة.

٧-تعاطي المادة المستمر برغم معرفة الشخص بأضرارها، أو حدوث أضرار جسمانية ونفسية له بسببها.

الإسراف في التعاطي

Substance Abuse

أ- نمط سيىء من تعاطي مادة يؤدي إلى خلل إكلينيكي هام أو كرب كما في واحد أو أكثر مما يلي يحدث خلال فترة ١٢ شهر:

١- تكرار تعاطي مادة ينتج عنه فشل في أداء دوره الأساسي في العمل أو المدرسة أو البيت.

٢- تكرار تعاطي المادة في المواقف التي يمكن أن تعرض الشخص أو الآخرين لمخاطر (مثل قيادة السيارة وهو مخمور).

٣-مشاكل قانونية متكررة بسبب تعاطي المادة (القبض عليه بواسطة البوليس).

٤- إستمرار تعاطي المادة برغم ما يحدث من مشاكل متكررة أو دائمة اجتماعية أو في العلاقات حدثت أو تفاقمت بسبب المادة.

ب - الأعراض لا تتفق مع مواصفات الإعتماد على مادة.

الاضطرابات الناتجة بتأثير مادة

Substance-induced Disorders

١- الإنسمام بمادة

Substance intoxication

وأهم ما يميزها السلوك غير المتوافق اجتماعيا، ومتلازمة تعاطي مادة معينة تعزى إلى تعاطيها حديثا، أو وجودها في الجسم، والإنسمام قد يطرأ على الخرف أو النساوة أو اضطراب الشخصية والاضطرابات المعرفية الأخرى بإستثناء الهذيان، ولذا فإن تعاطي الأمفيتامين المسبب لتغيم الوعي والهلاوس الحسية يشخص على أنه هذيان الأمفيتامين، أما الصورة الإكلينيكية الخفيفة غير المصحوبة بأعراض الهذيان فإنها تشخص إنسمام أمفيتامين.

ولا تشخص حالات الإنسمام ما لم تحدث فشلا في السلوك التكيفي، مثل التأثير على الوظيفة العملية والاجتماعية وعدم تحمل المسئولية واضطراب الحكم على الأمور، ومن ثم فإن التعاطي بهدف التنشيط الاجتماعي الذي يسبب تغيرا فسيولوجيا ونفسيا، ولكن لا يسبب اضطراب السلوك، لا يعتبر إنسماما.

تعتمد بداية ومدة الإنسمام على: كمية المادة وطريقة التعاطي وتحمل الفرد (الإطاقة) لها وحجم الجسم والعمر النصفي للمادة، وعادة يظل الإنسمام ساعات قليلة ولكن قد يمتد إلى أيام عديدة، والشخص الذي يتكرر إنسمامه لمدة شهر واحد يصبح مسرفا للمادة أو معتمدا عليها.

ويسبب هذا الإنسمام بأعراضه للشخص مشاكل اجتماعية ووظيفية، وتتفاقم إذا كان الشخص عليه مسئوليات عظمى اجتماعية أو وظيفية.

المضاعفات :

المواد المنشطة للجهاز العصبي قد ينتج عنها الغيبوبة أو الوفا والمواد المنشطة قد ينتج عنها نوبات صرعية، بالإضافة إلى الحوادث التي قد تنتج مثل قيادته السيارة وهو ثمل .. وبالنسبة لبعض المواد فإن تأثيرها المبدئي قد يؤدي إلى أحد الاضطرابات المعرفية، فمثلا إنسمام الأمفيتامين قد يؤدي إلى هذيان الأمفيتامين وإنسمام الكحول المثيلي قد يؤدي إلى الخرف.

٢- الإنسحاب لمادة

Substance Withdrawal

حيث ينشأ اضطراب الإنسحاب لمادة معينة عند التوقف عن تعاطيها أو تقليل الكمية عما إعتاده الشخص للوصول إلى حالة الإنسمام الفسيولوجية .. ويوضح ذلك التاريخ المرضي للشخص أو الإختبارات المعلمية ولا تنطبق الصورة الإكلينيكية على أي من الاضطرابات المعرفية الأخرى، واضطراب التوقف عن التعاطي قد يصاحب أي منها بإستثناء الهذيان.

وتختلف الصورة الإكلينيكية طبقا للمادة التي كان يتعاطاها الفرد، ولكن هناك أعراض شائعة منها القلق وعدم الإستقرار وسرعة الإستثارة والأرق واضطراب الإنتباه .. ويصاحب ذلك أعراض أخرى تتوقف على المادة التي كان يتعاطاها كإضطراب الوظائف الفسيولوجية فيحدث الغثيان والقيء بعد التوقف عن تعاطي الكحول (على سبيل المثال).

واضطراب التوقف عن التعاطي محدود الفترة حيث لا يتجاوز أيام قلائل أو عدة أسابيع على الأكثر، بإستثناء الحالات التي تخلف أحد الاضطرابات المعرفية مثل الهذيان أو الخرف.

المضاعفات:

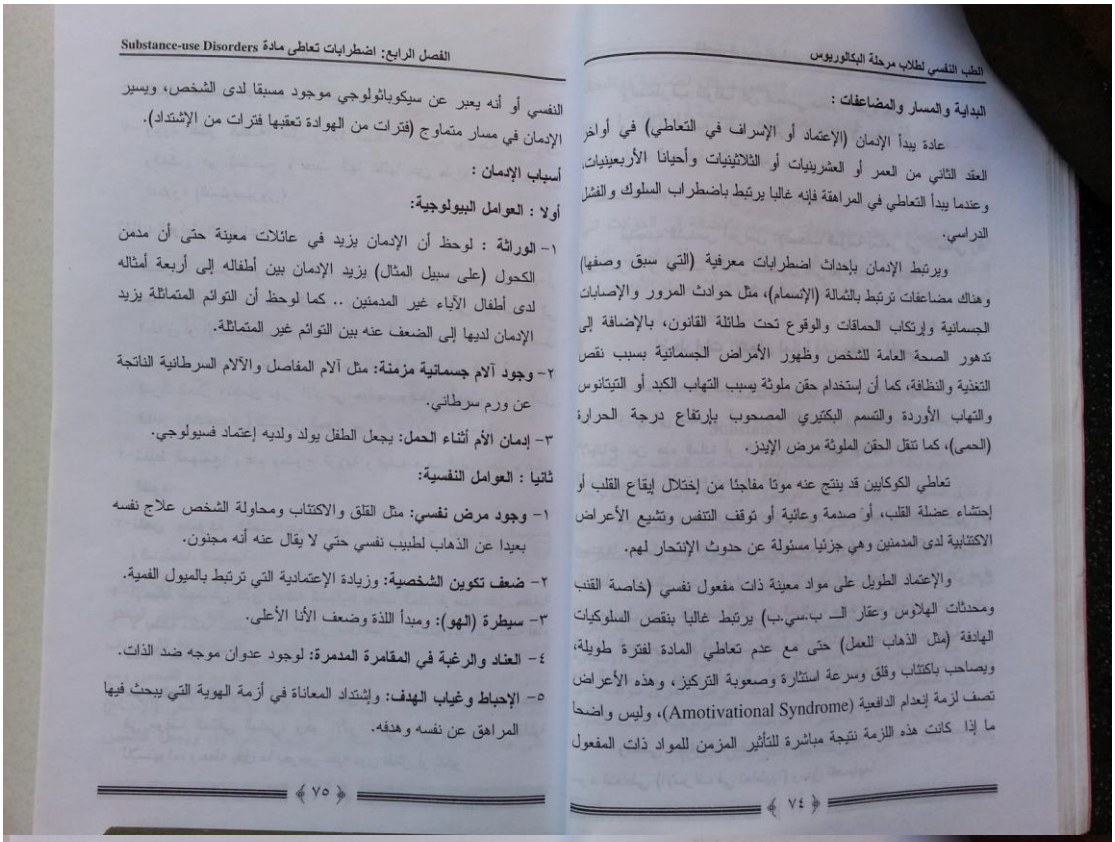
ليتجنب الشخص أعراض الإنسحاب المؤلمة يستمر في التعاطي وقد يلجأ للسرقة أو النصب والغش للحصول على نقود لشراء المادة.

اضطرابات الإدمان لمادة ذات مفعول نفسي

إستعمال بعض المواد قد يؤدي إلى تغيرات سلوكية تؤثر على تكيف الفرد وتؤدي إلى فشله في أداء دوره الاجتماعي والوظيفي، وعدم قدرته على الإمتناع عن هذه المادة أو التحكم في تعاطيها وظهور أعراض إنسحاب المادة في حالة الإمتناع تماما أو التقليل.

مجموعة اضطرابات الإدمان للمواد ذات المفعول النفسي التي نحن بصددها تتعامل مع الأعراض والتغيرات السلوكية غير المتكيفة المرتبطة بالتعاطي المنتظم لهذه المواد، بينما الاضطرابات العقلية الناتجة عن مواد ذات مفعول نفسي فتصف التأثيرات المباشرة حادة أو مزمنة لهذه المواد على الجهاز العصبي .. والمدمنون كثيرا ما يحدث لهم اضطرابات عقلية ناتجة من المواد التي يدمنونها، مثل اضطراب الإنسمام أو اضطراب إنسحاب المادة.

وتعطي مادة ذات مفعول نفسي ينتج عنه الإعتماد على المادة أو سوء التعاطي (الإسراف في تعاطيها) وسيق تفصيلهما.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

البداية والمسار والمضاعفات :

عادة يبدأ الإدمان (الإعتماد أو الإسراف في التعاطي) في أواخر العقد الثاني من العمر أو العشرينيات أو الثلاثينيات وأحيانا الأربعينيات، وعندما يبدأ التعاطي في المراهقة فإنه غالبا يرتبط باضطراب السلوك والفشل الدراسي.

ويرتبط الإدمان بإحداث اضطرابات معرفية (التي سبق وصفها) وهناك مضاعفات ترتبط بالشالة (الإتسمام)، مثل حوادث المرور والإصابات الجسمانية وإرتكاب الحماقات والوقوع تحت طائلة القانون، بالإضافة إلى تدهور الصحة العامة للشخص وظهور الأمراض الجسمانية بسبب نقص التغذية والنظافة، كما أن إستخدام حقن ملوثة يسبب التهاب الكبد أو التيتانوس والتهاب الأوردة والتسمم البكتيري المصحوب بإرتفاع درجة الحرارة (الحمى)، كما تنقل الحقن الملوثة مرض الإيدز.

تعاطي الكوكايين قد ينتج عنه موتا مفاجئا من إختلال إيقاع القلب أو إحتشاء عضلة القلب، أو صدمة وعائية أو توقف التنفس وتشيع الأعراض الاكتئابية لدى المدمنين وهي جزئيا مسئولة عن حدوث الإنتحار لهم.

والإعتماد الطويل على مواد معينة ذات مفعول نفسي (خاصة القنب ومحدثات الهلاوس وعقار الـــ ب.سي.ب) يرتبط غالبا بنقص السلوكيات الهادفة (مثل الذهاب للعمل) حتى مع عدم تعاطي المادة لفترة طويلة، ويصاحب باكتئاب وقلق وسرعة استثارة وصعوبة التركيز، وهذه الأعراض تصف لزمة إنعدام الدافعية (Amotivational Syndrome)، وليس واضحا ما إذا كانت هذه اللزمة نتيجة مباشرة للتأثير المزمن للمواد ذات المفعول

الفصل الرابع: اضطرابات تعاطي مادة Substance-use Disorders

النفسي أو أنه يعبر عن سيكوباثولوجي موجود مسبقا لدى الشخص، ويسير الإدمان في مسار متماوج (فترات من الهوادة تعقبها فترات من الإشتداد).

أسباب الإدمان :

أولا : العوامل البيولوجية:

١- **الوراثة :** لوحظ أن الإدمان يزيد في عائلات معينة حتى أن مدمن الكحول (على سبيل المثال) يزيد الإدمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى أطفال الآباء غير المدمنين .. كما لوحظ أن التوائم المتماثلة يزيد الإدمان لديها إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة.

٢- **وجود آلام جسمانية مزمنة:** مثل آلام المفاصل والآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطاني.

٣- **إدمان الأم أثناء الحمل:** يجعل الطفل يولد ولديه إعتماد فسيولوجي.

ثانيا : العوامل النفسية:

١- **وجود مرض نفسي:** مثل القلق والاكتئاب ومحاولة الشخص علاج نفسه بعيدا عن الذهاب لطبيب نفسي حتى لا يقال عنه أنه مجنون.

٢- **ضعف تكوين الشخصية:** وزيادة الإعتمادية التي ترتبط بالميول الفمية.

٣- **سيطرة (الهو):** ومبدأ اللذة وضعف الأنا الأعلى.

٤- **العناد والرغبة في المقامرة المدمرة:** لوجود عدوان موجه ضد الذات.

٥- **الإحباط وغياب الهدف:** وإشتداد المعاناة في أزمة الهوية التي يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٦- **القابلية للإستهواء:** بواسطة رفاق السوء.

٧- **وجود أفكار خاطئة:** مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات والعكس هو الصحيح ، حيث أنها تقللها عن طريق تقليل هرمون الذكورة (التستوستيرون).

ثالثا : العوامل الاجتماعية :

١- **اضطراب الأسرة:** وعدم إستقرارها أو وجود غربة بين أفرادها، أو سيطرة الأب الباعثة على التمرد، أو إدمان أحد الوالدين، بالإضافة إلى الطلاق أو الإنفصال بين الوالدين أو غياب أحد الوالدين بالعمل المتواصل أو بالهجرة، وتفكك الروابط الأسرية التي فرضتها قيم المدنية بخروج المرأة للعمل وتقلص دور الأم في حياتها، وإدخال أجهزة لاهية (مثل التلفاز والكومبيوتر) قللت من الحوار بين أفراد الأسرة الواحدة.

٢- **تخبط المجتمع:** وعدم وضوح الرؤية وغياب هدف قومي عام وغياب القدوة.

٣- **نقص مشاركة الشباب:** عدم وجود دور واضح لهم في المجتمع والمنظمات السياسية.

٤- **الإحباط الجماعي الذي يعيشه الشباب:** بغياب الحلم بفرصة عمل حقيقية لا بطالة مقنعة ينتظرها في طابور ممل للقوى العاملة وقروش قليلة لقاء ذلك لا تسمن ولا تغني من جوع.

٥- **سوء العملية التعليمية:** التي تركز على حشو الرأس وقهر الطفل وجعله في موقف المتلقي السلبي، وهو الأمر الذي ينمي إعتماديته والقابلية للإستهواء، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير.

الفصل الرابع: اضطرابات تعاطي مادة Substance-use Disorders

٦- **ضعف القيم الروحية:** وفصل الروح عن المادة والإهتمام بالمادة على حساب الروح، وتشجيع الإستهلاك على حساب الفكر والعمل.

٧- **إختلال القيم:** المتعلقة بالثقافة والعمل والكسب وإنقلاب الهرم الاجتماعي الذي أعقب الإنفتاح، والرغبة في الثراء السريع بمختلف الأساليب من غش ونصب وتحايل على القوانين.

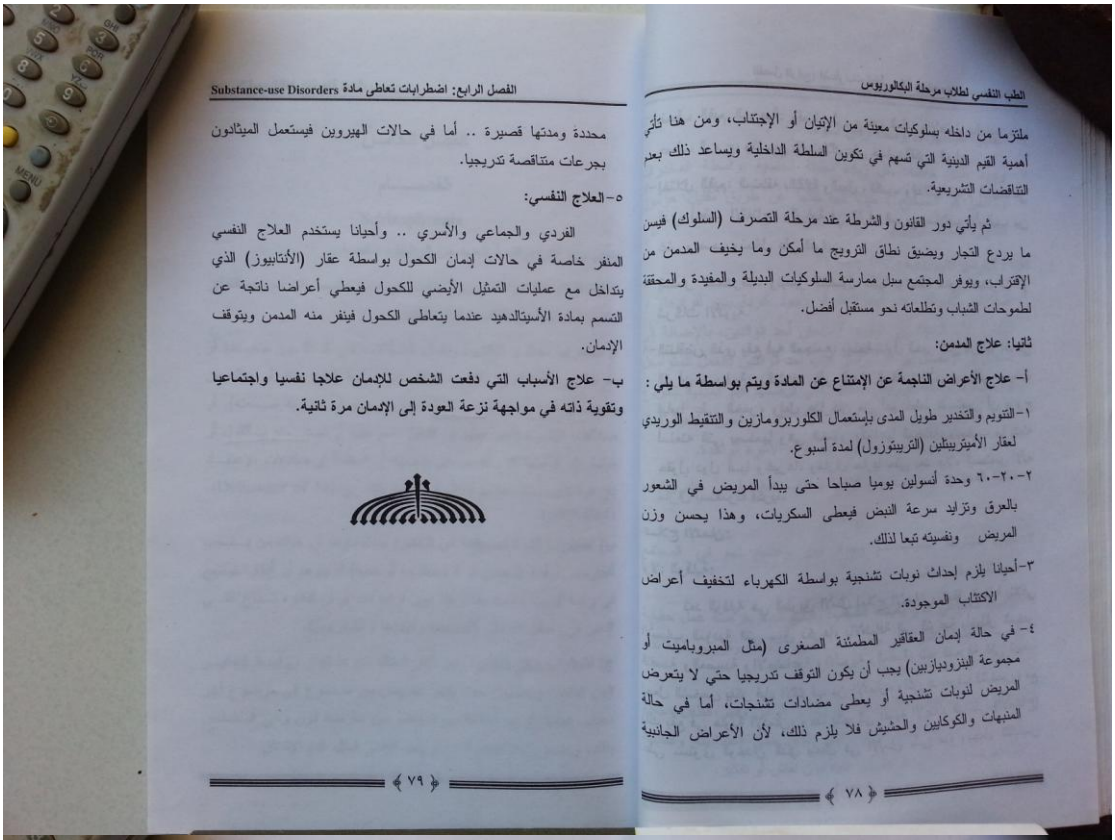
٨- **إنتشار المخدرات:** وتيسير الحصول عليها بواسطة مافيا المخدرات أو شركات الأدوية.

٩- **التناقض الذي يقع فيه المجتمع:** بإباحة تداول الخمر التي حرمها الله في القرآن صراحة، والتشديد على المواد المخدرة الأخرى والتي حرمت قياسا على الخمر، ولعل هذا كان من أهم خطط المستعمر أن يروج لسلعته التي يصنعها وهي الخمور بأنواعها المختلفة، ويحارب ما تنبته حقول دول آسيا وغيرها، ومازال ساريا حتى بعد جلاء المستعمر لأنه مازال يستعمرنا فكريا.

عـــلاج الإدمان:

أولا: الوقاية:

تعد الوقاية هي الطريق الأمثل لعلاج الإدمان وتتحقق الوقاية بتلافي الأسباب المؤدية التي سبق ذكرها، بالإضافة إلى التوعية بأخطار المخدر النفسية والعصبية والاجتماعية والأسرية والمادية، تلك المعرفة التي تهدف لجعل الشخص يفكر قبل الإقتراب من الإدمان، ولكن قد يعرف الشخص ومع ذلك يقع في هاوية الإدمان، وهذا يشير إلى أهمية الإعتقاد الداخلي (الإمتناع) على مستوى الوجدان الذي يتمثل في الإيمان بشئ ما، ويجعل الشخص



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ملتزما من داخله بسلوكيات معينة من الإتيان أو الإجتناب، ومن هنا تأتي أهمية القيم الدينية التي تسهم في تكوين السلطة الداخلية ويساعد ذلك بعد التناقضات التشريعية.

ثم يأتي دور القانون والشرطة عند مرحلة التصرف (السلوك) فيسن ما يردع التجار ويضيق نطاق الترويج ما أمكن وما يخيف المدمن من الإقتراب، ويوفر المجتمع سبل ممارسة السلوكيات البديلة والمفيدة والمحققة لطموحات الشباب وتطلعاته نحو مستقبل أفضل.

ثانيا: علاج المدمن:

أ- علاج الأعراض الناجمة عن الإمتناع عن المادة ويتم بواسطة ما يلي :

١-التنويم والتخدير طويل المدى باستعمال الكلوربرومازين والتنفيط الوريدي لعقار الأمبتربيتلين (التريبتوزول) لمدة أسبوع.

٢-٢٠-٦٠ وحدة أنسولين يوميا صباحا حتى يبدأ المريض في الشعور بالعرق وتزايد سرعة النبض فيعطى السكريات، وهذا يحسن وزن المريض ونفسيته تبعا لذلك.

٣-أحيانا يلزم إحداث نوبات تشنجية بواسطة الكهرباء لتخفيف أعراض الاكتئاب الموجودة.

٤- في حالة إدمان العقاقير المطمئنة الصغرى (مثل المبروباميت أو مجموعة البنزوديازبين) يجب أن يكون التوقف تدريجيا حتى لا يتعرض المريض لنوبات تشنجية أو يعطى مضادات تشنجات، أما في حالة المنبهات والكوكايين والحشيش فلا يلزم ذلك، لأن الأعراض الجانبية

محددة ومدتها قصيرة .. أما في حالات الهيروين فيستعمل المتعاطون جرعات متناقصة تدريجيا.

٥-العلاج النفسي:

الفردي والجماعي والأسري .. وأحيانا يستخدم العلاج النفسي المنفر خاصة في حالات إدمان الكحول بواسطة عقار (الأنتابيوز) الذي يتداخل مع عمليات التمثيل الأيضي للكحول فيعطي أعراضا ناتجة عن التسمم بمادة الأسيتالدهيد عندما يتعاطى الكحول فينفر منه المدمن ويتوقف الإدمان.

ب- علاج الأسباب التي دفعت الشخص للإدمان علاجا نفسيا واجتماعيا وتقوية ذاته في مواجهة نزعة العودة إلى الإدمان مرة ثانية.

الفصل الخامس

الفصـــــام

Schizophrenia

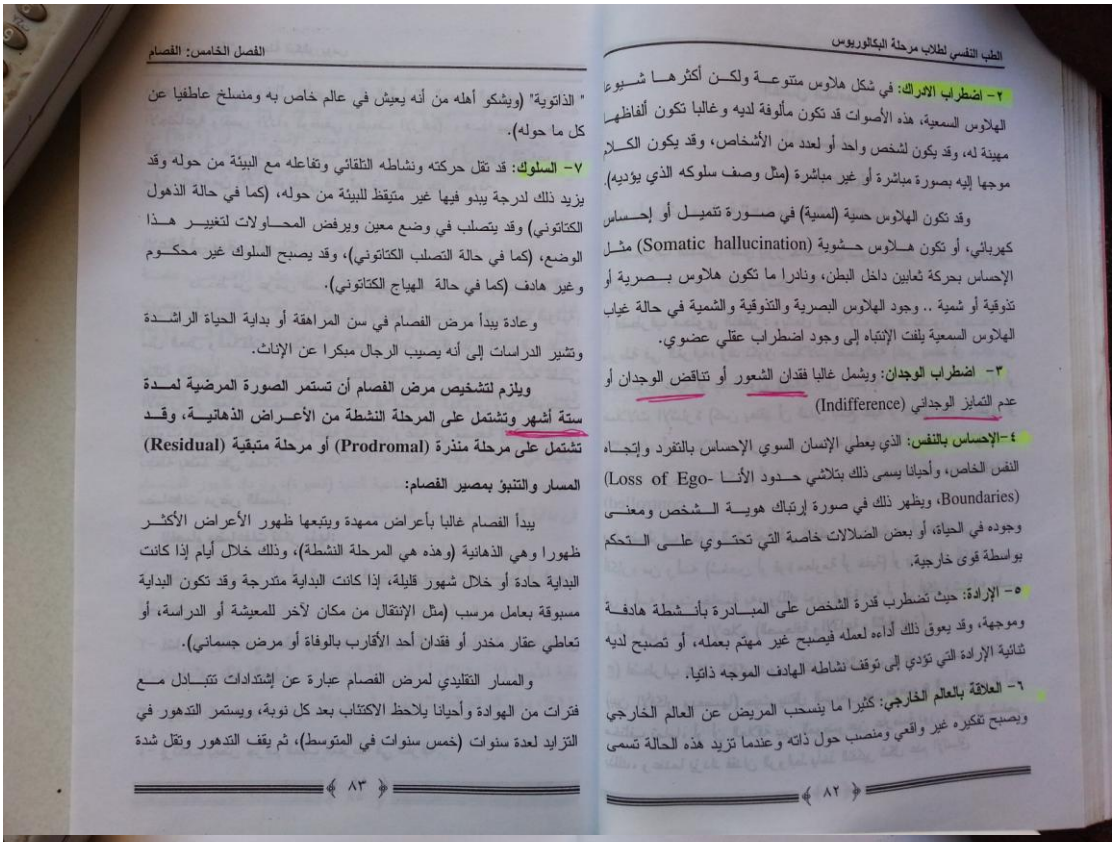
يتميز بأعراض مرضية للعديد من الوظائف النفسية :

١-اضطراب التفكير: الذي يبرز خاصة في صورة اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكمة في التفكير وشكل التفكير.

أ) اضطراب محتوى التفكير: ويشمل الضلالات التي قد تكون متعددة أو مفرطة في الغرابة، وقد تكون ضلالات اضطهادية (كمن يعتقد أن هناك من يتجسسون عليه أو يخططون لإيذائه بدس السم له أو تشويه سمعته)، أو ضلالات الإشارة (كمن يعتقد أن الناس تلمح عليه أو تسخر منه بالقول أو الإشارة)، أو ضلالات أخرى مثل العدمية أو العظمة أو ضلالات الإعتقاد بأن قوة خارجية تحكم أفعاله وتصرفاته (Delusions of being controlled)

ب) اضطراب القوة المتحكمة في التفكير: حيث يتوهم أن هناك من يسحب أفكاره من رأسه (شخص أو قوة معلومة أو خفية) أو يتوهم أن أفكارا توضع في رأسه ليست خاصة به، وذلك دون إرادة منه أو أن أفكاره تذاع على الناس في وسائل الإعلام (الصحافة والإذاعة والتليفزيون).

ج) اضطراب شكل التفكير: ومن أكثر أشكاله شيوعا فقدان روابط التفكير (بين الأفكار وبعضها) حيث ينتقل المريض من موضوع إلى موضوع آخر مختلف تماما، أو أن العلاقة بين الموضوعين عارضة دون وعي الشخص بذلك، وعندما يزداد فقدان الروابط يأخذ التفكير شكل عدم الإتساق



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٢- اضطراب الادراك: في شكل هلاوس متنوعة ولكن أكثرها شيوعا الهلاوس السمعية، هذه الأصوات قد تكون مألوفة لديه وغالبا تكون ألفاظها مهينة له، وقد يكون لشخص واحد أو لعدد من الأشخاص، وقد يكون الكلام موجها إليه بصورة مباشرة أو غير مباشرة (مثل وصف سلوكه الذي يؤديه).

وقد تكون الهلاوس حسية (لمسية) في صورة تنميل أو إحساس كهربائي، أو تكون هلاوس حشوية (Somatic hallucination) مثل الإحساس بحركة ثعابين داخل البطن، ونادرا ما تكون هلاوس بصرية أو تذوقية أو شمية .. وجود الهلاوس البصرية والتذوقية والشمية في حالة غياب الهلاوس السمعية يلفت الإنتباه إلى وجود اضطراب عقلي عضوي.

٣- اضطراب الوجدان: ويشمل غالبا فقدان الشعور أو تناقض الوجدان أو عدم التمايز الوجداني (Indifference)

٤-الإحساس بالنفس: الذي يعطي الإنسان السوي الإحساس بالتفرد وإتجاه النفس الخاص، وأحيانا يسمى ذلك بتلاشي حدود الأنا (Loss of Ego-Boundaries)، ويظهر ذلك في صورة إرتباك هوية الشخص ومعنى وجوده في الحياة، أو بعض الضلالات خاصة التي تحتوي على التحكم بواسطة قوى خارجية.

٥- الإرادة: حيث تضطرب قدرة الشخص على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهة، وقد يعوق ذلك أداءه لعمله فيصبح غير مهتم بعمله، أو تصبح لديه ثنائية الإرادة التي تؤدي إلى توقف نشاطه الهادف الموجه ذاتيا.

٦- العلاقة بالعالم الخارجي: كثيرا ما ينسحب المريض عن العالم الخارجي ويصبح تفكيره غير واقعي ومنصب حول ذاته وعندما تزيد هذه الحالة تسمى

الفصل الخامس: الفصام

" الذاتوية" (ويشكو أهله من أنه يعيش في عالم خاص به ومنسلخ عاطفيا عن كل ما حوله).

٧- السلوك: قد تقل حركته ونشاطه التلقائي وتفاعله مع البيئة من حوله وقد يزيد ذلك لدرجة يبدو فيها غير متيقظ للبيئة من حوله، (كما في حالة الذهول الكتاتوني) وقد يتصلب في وضع معين ويرفض المحاولات لتغيير هذا الوضع، (كما في حالة التصلب الكتاتوني)، وقد يصبح السلوك غير محكوم وغير هادف (كما في حالة الهياج الكتاتوني).

وعادة يبدأ مرض الفصام في سن المراهقة أو بداية الحياة الراشدة وتشير الدراسات إلى أنه يصيب الرجال مبكرا عن الإناث.

ويلزم لتشخيص مرض الفصام أن تستمر الصورة المرضية لمدة ستة أشهر وتشتمل على المرحلة النشطة من الأعراض الذهانية، وقد تشتمل على مرحلة منذرة (Prodromal) أو مرحلة متبقية (Residual)

المسار والتنبؤ بمصير الفصام:

يبدأ الفصام غالبا بأعراض ممهدة ويتبعها ظهور الأعراض الأكثر ظهورا وهي الذهانية (وهذه هي المرحلة النشطة)، وذلك خلال أيام إذا كانت البداية حادة أو خلال شهور قليلة، إذا كانت البداية متدرجة وقد تكون البداية مسبوقة بعامل مرسب (مثل الإنتقال من مكان لآخر للمعيشة أو الدراسة، أو تعاطي عقار مخدر أو فقدان أحد الأقارب بالوفاة أو مرض جسماني).

والمسار التقليدي لمرض الفصام عبارة عن إشتدادات تتبادل مع فترات من الهوادة وأحيانا يلاحظ الاكتئاب بعد كل نوبة، ويستمر التدهور في التزايد لعدة سنوات (خمس سنوات في المتوسط)، ثم يقف التدهور وتقل شدة

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الأعراض الموجبة وتظل الأعراض السالبة (مثل الجمود العاطفي والعزلة الاجتماعية ونقص الأداء الوظيفي وضعف الإرادة)، وهذا يجعل حياة المريض بلا هدف ويتكرر تنويمة بالمستشفيات .. أما أن يعود الشخص إلى سابق عهده من الأداء الوظيفي قبل المرض فذلك يندر حدوثه.

الإعاقة في مرض الفصام:

نلاحظ من عرض الصورة الإكلينيكية ومسار الفصام ومصيره أنه عند مرحلة معينة من المرض تصبح الإعاقة في عديد من الوظائف اليومية، مثل العمل والعلاقات الاجتماعية والعناية بالنفس، وقد يلزم الإشراف على حالته الغذائية ونظافته وحمايته من نتائج سوء تصرفه وضعف حكمه على الأمور، أو أفعاله الناتجة عن ضلالات أو إستجابة الهلاوس وبين النوبات يتفاوت إحتياجه للرعاية من إعاقة تستدعي رعاية في مصحة إلى تحسن يجعله يعتمد على نفسه.

مضاعفات مرض الفصام:

للفصام مضاعفات نذكر منها:

١- الفشل الدراسي رغم أن المريض قد يتمتع بذكاء متوسط أو فوق المتوسط.

٢- فشل المريض في عمله أو ضعف مستوى أدائه أو عدم قدرته على الإستمرار في نفس العمل.

٣- الإقامة بالمستشفيات لفترات طويلة من حياته.

٤- إرتكاب بعض جرائم العنف المفرطة في الغرابة.

الفصل الخامس: الفصام

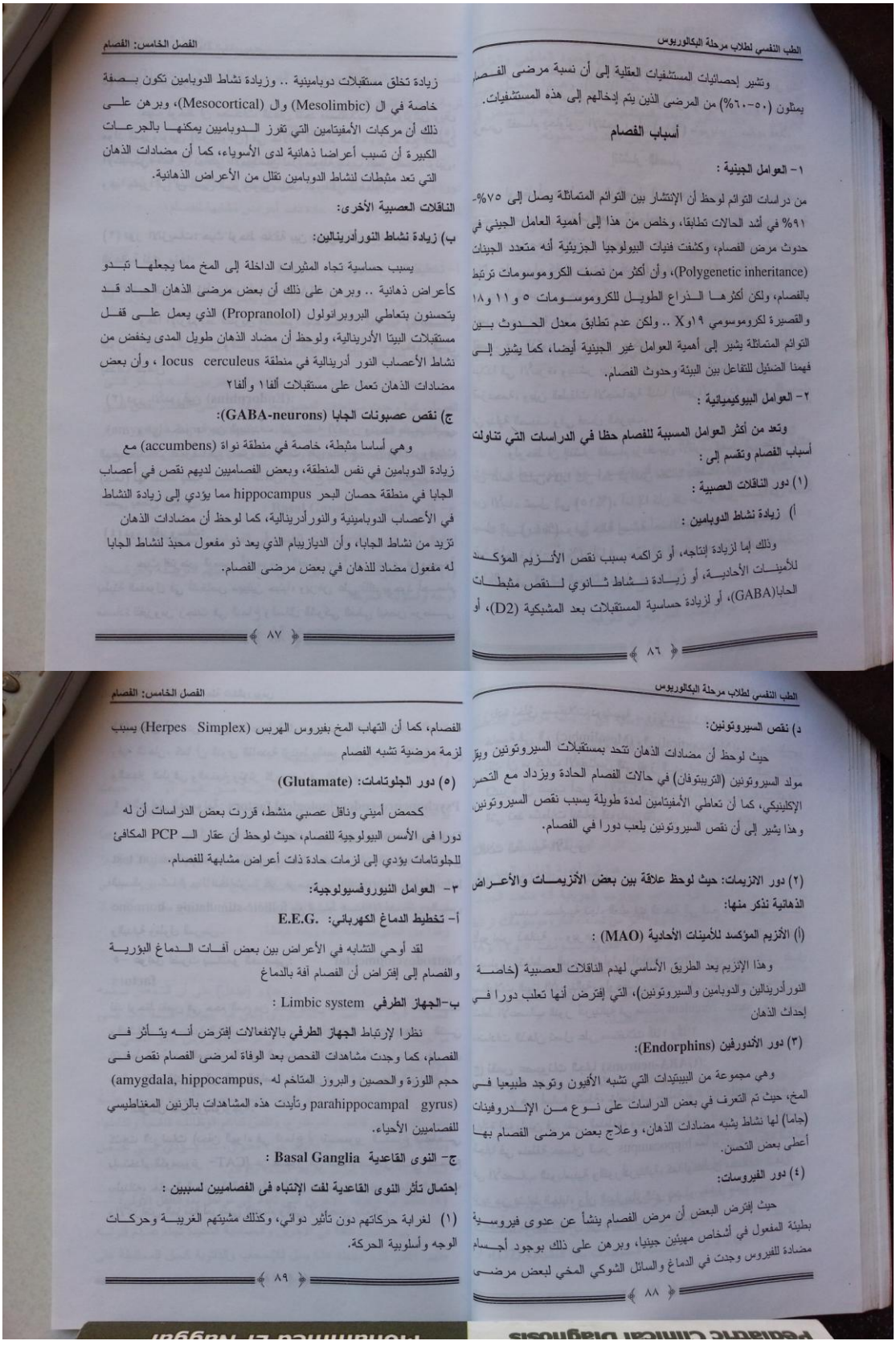
٥- قصر حياة الفصاميين إما لكثرة الإنتحار بينهم أو سوء التغذية الذي ينشأ عنه الأمراض، أو لسوء الرعاية الطبية وتجدر الإشارة إلى أن (٥٠%) من مرضى الفصام يحاولون الإنتحار، وأن (١٠%) منهم ينهون حياتهم فعلا.

إنتشار الفصام

لوحظ أن معدل حدوث الفصام (وهو عدد الحالات الجديدة التي تشخص فصام في سنة ما) هو حالة واحدة في كل عشرة آلاف من عامة الناس، بينما معدل الإنتشار (وهو عدد كل حالات الفصام التي شخصت خلال عام سواء كانت جديدة أو قديمة) يتراوح من (٠,٢ %) إلى (٢%) من عامة الناس .. وحدوث الفصام فيما بين الخامسة عشرة والأربعين من العمر، مع زيادة معدل الحدوث في أواخر العشرينيات من العمر، وإنتشار الفصام في الذكور مثل الإناث، ويكثر بين غير المتزوجين وآخر الأطفال ميلادا في الأسرة، وينتشر بين كل الأجناس ويكثر إنتشاره في المدن الكبيرة المزدحمة، وبين الطبقات الاجتماعية الدنيا (الفقيرة)، ويزداد ظهور الفصام في بداية الصيف وفي فصل الخريف.

ولوحظ أن إنتشار الفصام يزداد بين الأقارب فيصل إلى عشرة أمثاله بين عامة الناس، فإذا كان أحد الوالدين مصابا بالفصام، فإن نسبة الإنتشار بين الأبناء تصل إلى (١٥%)، أما إذا كان كل من الوالدين مصابا فإن النسبة تصل إلى (٤٠%)، وفي حالة إصابة أحد الأخوة تكون نسبة الإنتشار بين بقية الأخوة (٧-١٠%)، أما في حالة التوائم غير المتماثلة فتكون النسبة ١٢%، وفي التوائم المتماثلة تصل إلى ٤٧%

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

وتشير إحصائيات المستشفيات العقلية إلى أن نسبة مرضى الفصام يمثلون (٥٠-٦٠%) من المرضى الذين يتم إدخالهم إلى هذه المستشفيات.

أسباب الفصام

١- العوامل الجينية :

من دراسات التوائم لوحظ أن الإنتشار بين التوائم المتماثلة يصل إلى ٧٥%-٩١% في أشد الحالات تطابقا، وخلص من هذا إلى أهمية العامل الجيني في حدوث مرض الفصام، وكشفت فنيات البيولوجيا الجزيئية أنه متعدد الجينات (Polygenetic inheritance)، وأن أكثر من نصف الكروموسومات ترتبط بالفصام، ولكن أكثرها الذراع الطويل للكروموسومات ٥ و ١١ و ١٨ والقصيرة لكروموسومي ١٩و X .. ولكن عدم تطابق معدل الحدوث بين التوائم المتماثلة يشير إلى أهمية العوامل غير الجينية أيضا، كما يشير إلى فيهما الضئيل للتفاعل بين البيئة وحدوث الفصام.

٢- العوامل البيوكيميائية :

وتعد من أكثر العوامل المسببة للفصام حظا في الدراسات التي تناولت أسباب الفصام وتقسم إلى :

(١) دور الناقلات العصبية :

أ) زيادة نشاط الدوبامين :

وذلك إما لزيادة إنتاجه، أو تراكمه بسبب نقص الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، أو زيادة نشاط ثانوي لنقص مثبطات الحابا(GABA)، أو لزيادة حساسية المستقبلات بعد المشبكية (D2)، أو

الفصل الخامس: الفصام

زيادة تخلق مستقبلات دوبامينية .. وزيادة نشاط الدوبامين تكون بصفة خاصة في ال (Mesolimbic) وال (Mesocortical)، وبرهن على ذلك أن مركبات الأمفيتامين التي تفرز الدوبامين يمكنها بالجرعات الكبيرة أن تسبب أعراضا ذهانية لدى الأسوياء، كما أن مضادات الذهان التي تعد مثبطات لنشاط الدوبامين تقلل من الأعراض الذهانية.

الناقلات العصبية الأخرى:

ب) زيادة نشاط النورأدرينالين:

يسبب حساسية تجاه المثيرات الداخلة إلى المخ مما يجعلها تبدو كأعراض ذهانية .. وبرهن على ذلك أن بعض مرضى الذهان الحاد قد يتحسنون بتعاطي البروبرانولول (Propranolol) الذي يعمل على قفل مستقبلات البيتا الأدرينالية، ولوحظ أن مضاد الذهان طويل المدى يخفض من نشاط الأعصاب النور أدرينالية في منطقة locus cerculeus ، وأن بعض مضادات الذهان تعمل على مستقبلات ألفا١ وألفا٢

ج) نقص عصبونات الجابا (GABA-neurons):

وهي أساسا مثبطة، خاصة في منطقة نواة (accumbens) مع زيادة الدوبامين في نفس المنطقة، وبعض الفصاميين لديهم نقص في أعصاب الجابا في منطقة حصان البحر hippocampus مما يؤدي إلى زيادة النشاط في الأعصاب الدوبامينية والنورأدرينالية، كما لوحظ أن مضادات الذهان تزيد من نشاط الجابا، وأن الديازيبام الذي يعد ذو مفعول محبذ لنشاط الجابا له مفعول مضاد للذهان في بعض مرضى الفصام.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

د) نقص السيروتونين:

حيث لوحظ أن مضادات الذهان تتحد بمستقبلات السيروتونين ويزيد مولد السيروتونين (التريبتوفان) في حالات الفصام الحادة ويزداد مع التحسن الإكلينيكي، كما أن تعاطي الأمفيتامين لمدة طويلة يسبب نقص السيروتونين، وهذا يشير إلى أن نقص السيروتونين يلعب دورا في الفصام.

(٢) دور الانزيمات: حيث لوحظ علاقة بين بعض الأنزيمات والأعراض الذهانية نذكر منها:

(أ) الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAO) :

وهذا الإنزيم يعد الطريق الأساسي لهدم الناقلات العصبية (خاصة النورأدرينالين والدوبامين والسيروتونين)، التي إفترض أنها تعلب دورا في إحداث الذهان

(٣) دور الأندورفين (Endorphins):

وهي مجموعة من الببتيدات التي تشبه الأفيون وتوجد طبيعيا في المخ، حيث تم التعرف في بعض الدراسات على نوع من الإندروفينات (جاما) لها نشاط يشبه مضادات الذهان، وعلاج بعض مرضى الفصام بها أعطى بعض التحسن.

(٤) دور الفيروسات:

حيث إفترض البعض أن مرض الفصام ينشأ عن عدوى فيروسية بطيئة المفعول في أشخاص مهيئين جينيا، وبرهن على ذلك بوجود أجسام مضادة للفيروس وجدت في الدماغ والسائل الشوكي المخي لبعض مرضى

الفصل الخامس: الفصام

الفصام، كما أن التهاب المخ بفيروس الهربس (Herpes Simplex) يسبب لزمة مرضية تشبه الفصام

(٥) دور الجلوتامات: (Glutamate)

كحمض أميني وناقل عصبي منشط، قررت بعض الدراسات أن له دورا في الأسس البيولوجية للفصام، حيث لوحظ أن عقار الـ PCP المكافئ للجلوتامات يؤدي إلى لزمات حادة ذات أعراض مشابهة للفصام.

٣- العوامل النيوروفسيولوجية:

أ- تخطيط الدماغ الكهربائي: E.E.G.

لقد أوحي التشابه في الأعراض بين بعض آفات الدماغ البؤرية والفصام إلى إفتراض أن الفصام آفة بالدماغ

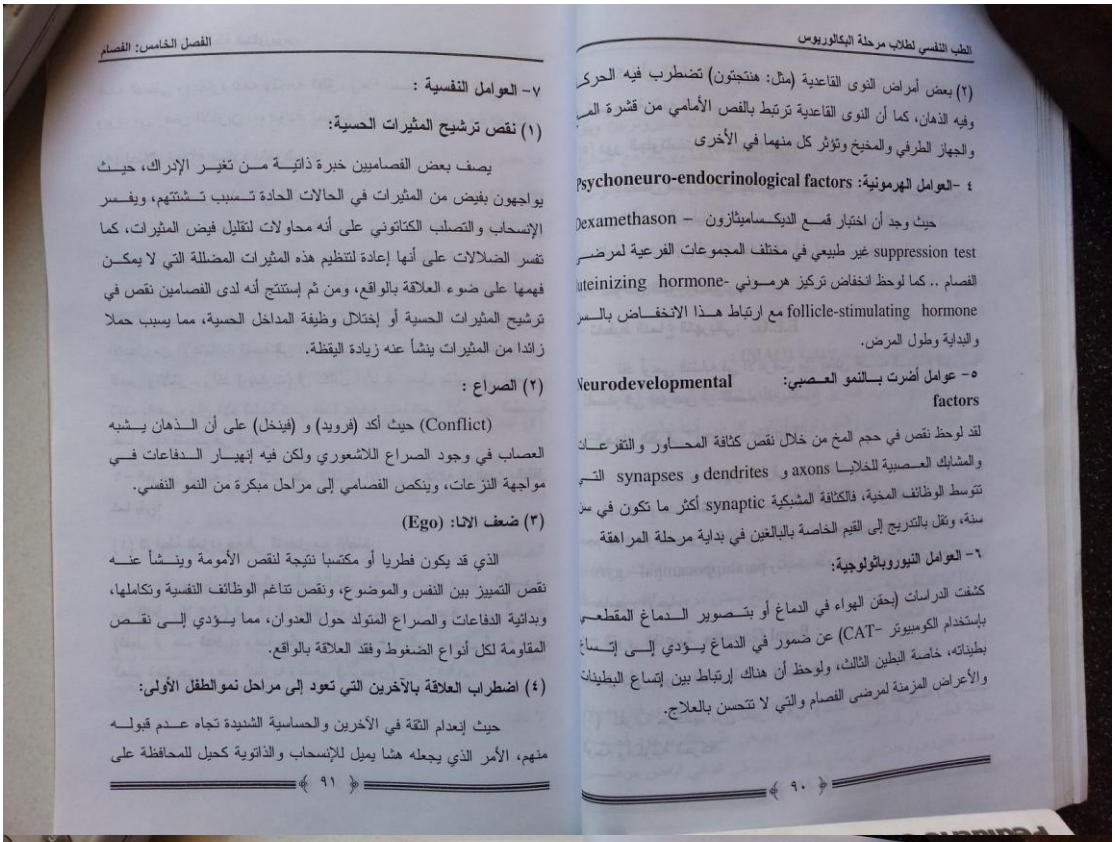
ب-الجهاز الطرفي Limbic system :

نظرا لإرتباط **الجهاز الطرفي** بالإنفعالات إفترض أنه يتأثر في الفصام، كما وجدت مشاهدات الفحص بعد الوفاة لمرضى الفصام نقص في حجم اللوزة والحصين والبروز المتاخم له (amygdala, hippocampus, parahippocampal gyrus) وتأيدت هذه المشاهدات بالرنين المغناطيسي للفصاميين الأحياء.

ج- النوى القاعدية Basal Ganglia :

إحتمال تأثر النوى القاعدية لفت الإنتباه في الفصاميين لسببين :

(١) لغرابة حركاتهم دون تأثير دوائي، وكذلك مشيتهم الغريبة وحركات الوجه وأسلوبية الحركة.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

(٢) بعض أمراض النوى القاعدية (مثل: هنتجتون) تضطرب فيه الحركة وفيه الذهان، كما أن النوى القاعدية ترتبط بالفص الأمامي من قشرة المخ والجهاز الطرفي والمخيخ وتؤثر كل منهما في الأخرى

٤ -العوامل الهرمونية: Psychoneuro-endocrinological factors

حيث وجد أن اختبار قمع الديكساميثازون – Dexamethason suppression test غير طبيعي في مختلف المجموعات الفرعية لمرضى الفصام .. كما لوحظ انخفاض تركيز هرموني luteinizing hormone- follicle-stimulating hormone مع ارتباط هذا الانخفاض بالسن والبداية وطول المرض.

٥- عوامل أضرت بالنمو العصبي: Neurodevelopmental factors

لقد لوحظ نقص في حجم المخ من خلال نقص كثافة المحاور والتفرعات والمشابك العصبية للخلايا axons و dendrites و synapses التي تتوسط الوظائف المخية، فالكثافة المشبكية synaptic أكثر ما تكون في سن سنة، وتقل بالتدريج إلى القيم الخاصة بالبالغين في بداية مرحلة المراهقة

٦- العوامل النيوروباثولوجية:

كشفت الدراسات (بحقن الهواء في الدماغ أو بتصوير الدماغ المقطعي بإستخدام الكومبيوتر –CAT) عن ضمور في الدماغ يؤدي إلى إتساع بطيناته، خاصة البطين الثالث، ولوحظ أن هناك إرتباط بين إتساع البطينات والأعراض المزمنة لمرضى الفصام والتي لا تتحسن بالعلاج.

الفصل الخامس: الفصام

٧- العوامل النفسية :

(١) نقص ترشيح المثيرات الحسية:

يصف بعض الفصاميين خبرة ذاتية من تغير الإدراك، حيث يواجهون بفيض من المثيرات في الحالات الحادة تسبب تشتتهم، ويفسر الإنسحاب والتصلب الكتاتوني على أنه محاولات لتقليل فيض المثيرات، كما تفسر الضلالات على أنها إعادة لتنظيم هذه المثيرات المضللة التي لا يمكن فهمها على ضوء العلاقة بالواقع، ومن ثم إستنتج أنه لدى الفصاميين نقص في ترشيح المثيرات الحسية أو إختلال وظيفة المداخل الحسية، مما يسبب حملا زائدا من المثيرات ينشأ عنه زيادة اليقظة.

(٢) الصراع :

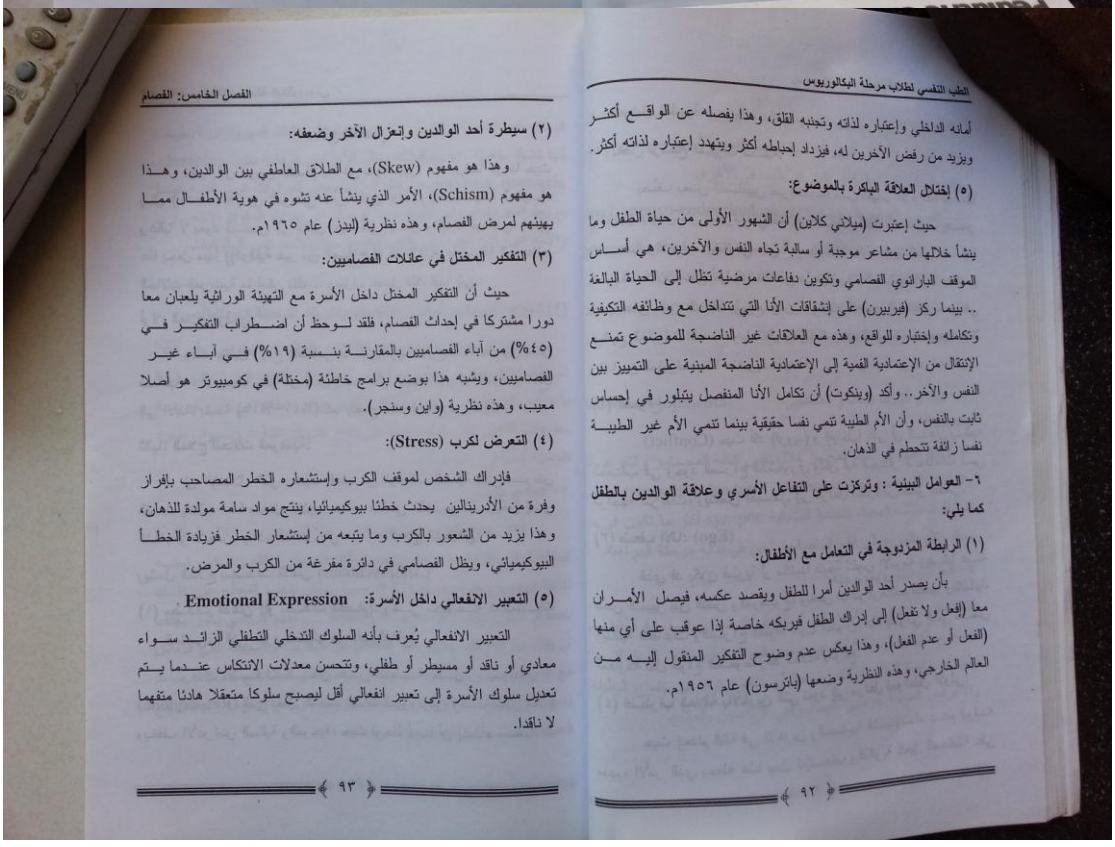
(Conflict) حيث أكد (فرويد) و (فينخل) على أن الذهان يشبه العصاب في وجود الصراع اللاشعوري ولكن فيه إنهيار الدفاعات في مواجهة النزعات، وينكص الفصامي إلى مراحل مبكرة من النمو النفسي.

(٣) ضعف الانا: (Ego)

الذي قد يكون فطريا أو مكتسبا نتيجة لنقص الأمومة وينشأ عنه نقص التمييز بين النفس والموضوع، ونقص تناغم الوظائف النفسية وتكاملها، وبدائية الدفاعات والصراع المتولد حول العدوان، مما يؤدي إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقد العلاقة بالواقع.

(٤) اضطراب العلاقة بالآخرين التي تعود إلى مراحل نموالطفل الأولى:

حيث إنعدام الثقة في الآخرين والحساسية الشديدة تجاه عدم قبوله منهم، الأمر الذي يجعله هشا يميل للإنسحاب والذاتوية كحيل للمحافظة على



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

أمانه الداخلي وإعتباره لذاته وتجنبه القلق، وهذا يفصله عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له، فيزداد إحباطه أكثر ويتهدد إعتباره لذاته أكثر.

(٥) إختلال العلاقة الباكرة بالموضوع:

حيث إعتبرت (ميلاني كلاين) أن الشهور الأولى من حياة الطفل وما ينشأ خلالها من مشاعر موجبة أو سالبة تجاه النفس والآخرين، هي أساس الموقف البارانوي الفصامي وتكوين دفاعات مرضية تظل إلى الحياة البالغة .. بينما ركز (فيربيرن) على إنشقاقات الأنا التي تتداخل مع وظائفه التكيفية وتكامله وإختباره للواقع، وهذه مع العلاقات غير الناضجة للموضوع تمنع الإنتقال من الإعتمادية الفمية إلى الإعتمادية الناضجة المبنية على التمييز بين النفس والآخر.. وأكد (وينكوت) أن تكامل الأنا المنفصل يتبلور في إحساس ثابت بالنفس، وأن الأم الطيبة تنمي نفسا حقيقية بينما تنمي الأم غير الطيبة نفسا زائفة تتحطم في الذهان.

٦- العوامل البيئية : وتركزت على التفاعل الأسري وعلاقة الوالدين بالطفل كما يلي:

(١) الرابطة المزدوجة في التعامل مع الأطفال:

بأن يصدر أحد الوالدين أمرا للطفل ويقصد عكسه، فيصل الأمران معا (إفعل ولا تفعل) إلى إدراك الطفل فيربكه خاصة إذا عوقب على أي منها (الفعل أو عدم الفعل)، وهذا يعكس عدم وضوح التفكير المنقول إليه من العالم الخارجي، وهذه النظرية وضعها (باترسون) عام ١٩٥٦م.

الفصل الخامس: الفصام

(٢) سيطرة أحد الوالدين وإنعزال الآخر وضعفه:

وهذا هو مفهوم (Skew)، مع الطلاق العاطفي بين الوالدين، وهذا هو مفهوم (Schism)، الأمر الذي ينشأ عنه تشوه في هوية الأطفال مما يهيئهم لمرض الفصام، وهذه نظرية (ليدز) عام ١٩٦٥م.

(٣) التفكير المختل في عائلات الفصاميين:

حيث أن التفكير المختل داخل الأسرة مع التهيئة الوراثية يلعبان معا دورا مشتركا في إحداث الفصام، فلقد لوحظ أن اضطراب التفكير في (٤٥%) من آباء الفصاميين بالمقارنة بنسبة (١٩%) في آباء غير الفصاميين، ويشبه هذا بوضع برامج خاطئة (مختلة) في كومبيوتر هو أصلا معيب، وهذه نظرية (واين وسنجر).

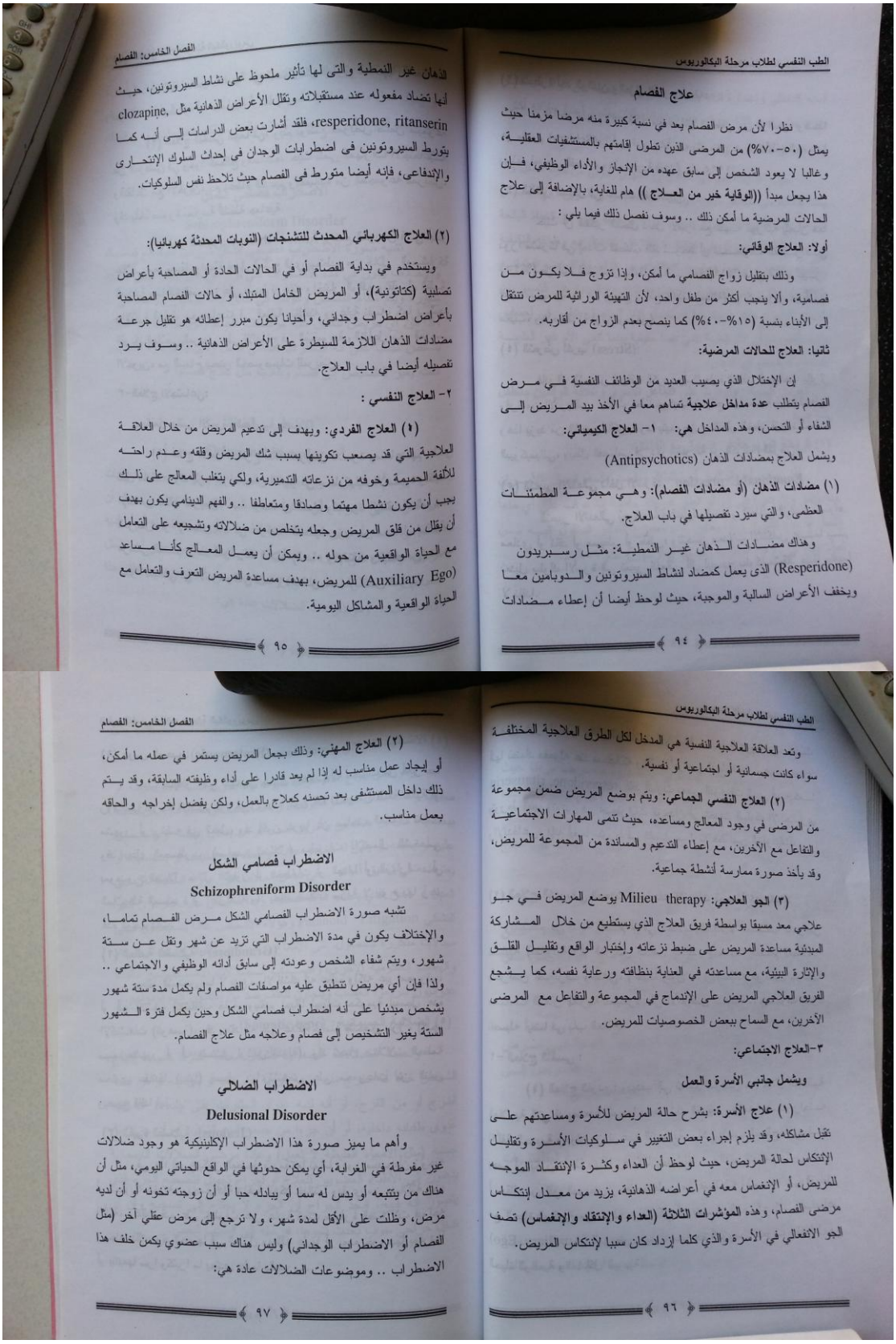
(٤) التعرض لكرب (Stress):

فإدراك الشخص لموقف الكرب وإستشعاره الخطر المصاحب بإفراز وفرة من الأدرينالين يحدث خطئا بيوكيميائيا، ينتج مواد سامة مولدة للذهان، وهذا يزيد من الشعور بالكرب وما يتبعه من إستشعار الخطر فزيادة الخطأ البيوكيميائي، ويظل الفصامي في دائرة مفرغة من الكرب والمرض.

(٥) التعبير الانفعالي داخل الأسرة: Emotional Expression

التعبير الانفعالي يُعرف بأنه السلوك التدخلي التطفلي الزائد سواء معادي أو ناقد أو مسيطر أو طفلي، وتتحسن معدلات الانتكاس عندما يتم تعديل سلوك الأسرة إلى تعبير انفعالي أقل ليصبح سلوكا متعقلا هادئا متفهما لا ناقدا.

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

علاج الفصام

نظرا لأن مرض الفصام يعد في نسبة كبيرة منه مرضا مزمنا حيث يمثل (٥٠-٧٠%) من المرضى الذين تطول إقامتهم بالمستشفيات العقلية، وغالبا لا يعود الشخص إلى سابق عهده من الإنجاز والأداء الوظيفي، فإن هذا يجعل مبدأ ((**الوقاية خير من العلاج**)) هام للغاية، بالإضافة إلى علاج الحالات المرضية ما أمكن ذلك .. وسوف نفصل ذلك فيما يلي :

أولا: العلاج الوقائي:

وذلك بتقليل زواج الفصامي ما أمكن، وإذا تزوج فلا يكون من فصامية، وألا ينجب أكثر من طفل واحد، لأن التهيئة الوراثية للمرض تنتقل إلى الأبناء بنسبة (١٥%-٤٠%) كما ينصح بعدم الزواج من أقاربه.

ثانيا: العلاج للحالات المرضية:

إن الإختلال الذي يصيب العديد من الوظائف النفسية في مرض الفصام يتطلب **عدة مداخل علاجية** تساهم معا في الأخذ بيد المريض إلى الشفاء أو التحسن، وهذه المداخل **هي:** ١- **العلاج الكيميائي:**

ويشمل العلاج بمضادات الذهان (Antipsychotics)

(١) **مضادات الذهان (أو مضادات الفصام):** وهي مجموعة المطمئنات العظمى، والتي سيرد تفصيلها في باب العلاج.

وهناك مضادات الذهان غير النمطية: مثل رسبريدون (Resperidone) الذى يعمل كمضاد لنشاط السيروتونين والدوبامين معا ويخفف الأعراض السالبة والموجبة، حيث لوحظ أيضا أن إعطاء مضادات

الفصل الخامس: الفصام

الذهان غير النمطية والتى لها تأثير ملحوظ على نشاط السيروتونين، حيث أنها تضاد مفعوله عند مستقبلاته وتقلل الأعراض الذهانية مثل clozapine, resperidone, ritanserin، فلقد أشارت بعض الدراسات إلى أنه كما يتورط السيروتونين فى اضطرابات الوجدان فى إحداث السلوك الإنتحارى والإندفاعى، فإنه أيضا متورط فى الفصام حيث تلاحظ نفس السلوكيات.

(٢) العلاج الكهربائي المحدث للتشنجات (النوبات المحدثة كهربائيا):

ويستخدم في بداية الفصام أو في الحالات الحادة أو المصاحبة بأعراض تصلبية (كاتاتونية)، أو المريض الخامل المتبلد، أو حالات الفصام المصاحبة بأعراض اضطراب وجداني، وأحيانا يكون مبرر إعطائه هو تقليل جرعة مضادات الذهان اللازمة للسيطرة على الأعراض الذهانية .. وسوف يرد تفصيله أيضا في باب العلاج.

٢- العلاج النفسي :

(١) العلاج الفردي: ويهدف إلى تدعيم المريض من خلال العلاقة العلاجية التي قد يصعب تكوينها بسبب شك المريض وقلقه وعدم راحته للألفة الحميمة وخوفه من نزعاته التدميرية، ولكي يتغلب المعالج على ذلك يجب أن يكون نشطا مهتما وصادقا ومتعاطفا .. والفهم الديناميي يكون بهدف أن يقلل من قلق المريض وجعله يتخلص من ضلالاته وتشجيعه على التعامل مع الحياة الواقعية من حوله .. ويمكن أن يعمل المعالج كأنا مساعد (Auxiliary Ego) للمريض، بهدف مساعدة المريض التعرف والتعامل مع الحياة الواقعية والمشاكل اليومية.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

وتعد العلاقة العلاجية النفسية هي المدخل لكل الطرق العلاجية المختلفة سواء كانت جسمانية أو اجتماعية أو نفسية.

(٢) العلاج النفسي الجماعي: ويتم بوضع المريض ضمن مجموعة من المرضى في وجود المعالج ومساعده، حيث تنمى المهارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، مع إعطاء التدعيم والمساندة من المجموعة للمريض، وقد يأخذ صورة ممارسة أنشطة جماعية.

(٣) الجو العلاجي: Milieu therapy يوضع المريض في جو علاجي معد مسبقا بواسطة فريق العلاج الذي يستطيع من خلال المشاركة المبدئية مساعدة المريض على ضبط نزعاته وإختبار الواقع وتقليل القلق والإثارة البيئية، مع مساعدته في العناية بنظافته ورعاية نفسه، كما يشجع الفريق العلاجي المريض على الإندماج في المجموعة والتفاعل مع المرضى الآخرين، مع السماح ببعض الخصوصيات للمريض.

٣-العلاج الاجتماعي:

ويشمل جانبي الأسرة والعمل

(١) علاج الأسرة: بشرح حالة المريض للأسرة ومساعدتهم على تقبل مشاكله، وقد يلزم إجراء بعض التغيير في سلوكيات الأسرة وتقليل الإنتكاس لحالة المريض، حيث لوحظ أن العداء وكثرة الإنتقاد الموجه للمريض، أو الإنغماس معه في أعراضه الذهانية، يزيد من معدل إنتكاس مرضى الفصام، وهذه **المؤشرات الثلاثة (العداء والإنتقاد والإنغماس)** تصف الجو الانفعالي في الأسرة والذي كلما إزداد كان سببا لإنتكاس المريض.

الفصل الخامس: الفصام

(٢) العلاج المهني: وذلك بجعل المريض يستمر في عمله ما أمكن، أو إيجاد عمل مناسب له إذا لم يعد قادرا على أداء وظيفته السابقة، وقد يتم ذلك داخل المستشفى بعد تحسنه كعلاج بالعمل، ولكن يفضل إخراجه والحاقه بعمل مناسب.

الاضطراب فصامي الشكل

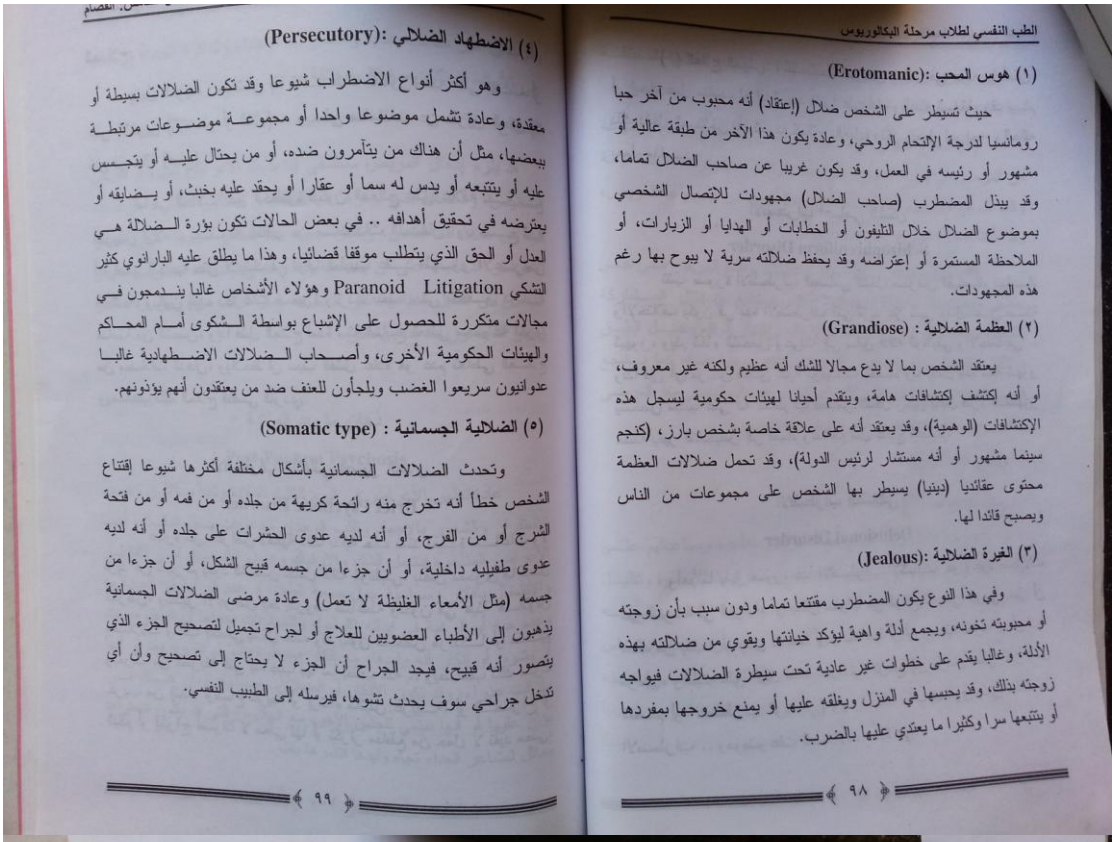
Schizophreniform Disorder

تشبه صورة الاضطراب الفصامي الشكل مرض الفصام تماما، والإختلاف يكون في مدة الاضطراب التي تزيد عن شهر وتقل عن ستة شهور، ويتم شفاء الشخص وعودته إلى سابق أدائه الوظيفي والاجتماعي .. ولذا فإن أي مريض تنطبق عليه مواصفات الفصام ولم يكمل مدة ستة شهور يشخص مبدئيا على أنه اضطراب فصامي الشكل وحين يكمل فترة الشهور الستة يغير التشخيص إلى فصام وعلاجه مثل علاج الفصام.

الاضطراب الضلالي

Delusional Disorder

وأهم ما يميز صورة هذا الاضطراب الإكلينيكية هو وجود ضلالات غير مفرطة في الغرابة، أي يمكن حدوثها في الواقع الحياتي اليومي، مثل أن هناك من يتتبعه أو يدس له سما أو يبادله حبا أو أن زوجته تخونه أو أن لديه مرض، وظلت على الأقل لمدة شهر، ولا ترجع إلى مرض عقلي آخر (مثل الفصام أو الاضطراب الوجداني) وليس هناك سبب عضوي يكمن خلف هذا الاضطراب .. وموضوعات الضلالات عادة هي:



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

(١) هوس المحب (Erotomanic):

حيث تسيطر على الشخص ضلال (إعتقاد) أنه محبوب من آخر حبا رومانسيا لدرجة الإلتحام الروحي، وعادة يكون هذا الآخر من طبقة عالية أو مشهور أو رئيسه في العمل، وقد يكون غريبا عن صاحب الضلال تماما، وقد يبذل المضطرب (صاحب الضلال) مجهودات للإتصال الشخصي بموضوع الضلال خلال التليفون أو الخطابات أو الهدايا أو الزيارات، أو الملاحظة المستمرة أو إعتراضه وقد يحفظ ضلالته سرية لا يبوح بها رغم هذه المجهودات.

(٢) العظمة الضلالية : (Grandiose)

يعتقد الشخص بما لا يدع مجالا للشك أنه عظيم ولكنه غير معروف، أو أنه إكتشف إكتشافات هامة، ويتقدم أحيانا لهيئات حكومية ليسجل هذه الإكتشافات (الوهمية)، وقد يعتقد أنه على علاقة خاصة بشخص بارز، (كنجم سينما مشهور أو أنه مستشار لرئيس الدولة)، وقد تحمل ضلالات العظمة محتوى عقائديا (دينيا) يسيطر بها الشخص على مجموعات من الناس ويصبح قائدا لها.

(٣) الغيرة الضلالية: (Jealous)

وفي هذا النوع يكون المضطرب مقتنعا تماما ودون سبب بأن زوجته أو محبوبته تخونه، ويجمع أدلة واهية ليؤكد خيانتها ويقوي من ضلالته بهذه الأدلة، وغالبا يقدم على خطوات غير عادية تحت سيطرة الضلالات فيواجه زوجته بذلك، وقد يحبسها في المنزل ويغلقه عليها أو يمنع خروجها بمفردها أو يتتبعها سرا وكثيرا ما يعتدي عليها بالضرب.

(٤) الاضطهاد الضلالي: (Persecutory)

وهو أكثر أنواع الاضطراب شيوعا وقد تكون الضلالات بسيطة أو معقدة، وعادة تشمل موضوعا واحدا أو مجموعة موضوعات مرتبطة ببعضها، مثل أن هناك من يتآمرون ضده، أو من يحتال عليه أو يتجسس عليه أو يتتبعه أو يدس له سما أو عقارا أو يحقد عليه بخبث، أو يضايقه أو يعترضه في تحقيق أهدافه .. في بعض الحالات تكون بؤرة الضلالة هي العدل أو الحق الذي يتطلب موقفا قضائيا، وهذا ما يطلق عليه البارانوي كثير التشكي Paranoid Litigation وهؤلاء الأشخاص غالبا ينـدمجون في مجالات متكررة للحصول على الإشباع بواسطة الشكوى أمام المحاكم والهيئات الحكومية الأخرى، وأصحاب الضلالات الاضطهادية غالبا عدوانيون سريعوا الغضب ويلجأون للعنف ضد من يعتقدون أنهم يؤذونهم.

(٥) الضلالية الجسمانية : (Somatic type)

وتحدث الضلالات الجسمانية بأشكال مختلفة أكثرها شيوعا إقتناع الشخص خطأ أنه تخرج منه رائحة كريهة من جلده أو من فمه أو من فتحة الشرج أو من الفرج، أو أنه لديه عدوى الحشرات على جلده أو أنه لديه عدوى طفيلية داخلية، أو أن جزءا من جسمه قبيح الشكل، أو أن جزءا من جسمه (مثل الأمعاء الغليظة لا تعمل) وعادة مرضى الضلالات الجسمانية يذهبون إلى الأطباء العضويين للعلاج أو لجراح تجميل لتصحيح الجزء الذي يتصور أنه قبيح، فيجد الجراح أن الجزء لا يحتاج إلى تصحيح وأن أي تدخل جراحي سوف يحدث تشوها، فيرسله إلى الطبيب النفسي.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

العـلاج:

يدخل المريض مستشفى إذا كانت هناك خطورة منه على نفسه أو على الآخرين (الإنتحار أو القتل) .. ويعطى مطمئنات عن طريق الحقن إذا كان في حالة (هياج).

أما في الحالات غير الخطيرة فيكون المعالج على علاقة ثقة مع المريض أولا، ثم يصف له عقاقير من مضادات الذهان، ويوضح له أعراضها الجانبية حتى لا يشك في نوايا الطبيب عند ظهور الأعراض الجانبية، ويكون البدء بجرعات صغيرة وتزداد ببطء حتى تتحقق درجة مناسبة من التحسن، وإذا فشل العلاج لمدة ستة أسابيع تعطى مجموعة أخرى من مضادات الذهان، ويلاحظ أن سبب الفشل عادة هو عدم تعاطي العلاج ويصاحب ذلك العلاج النفسي الفردي.

الاضطراب الذهاني قصير المدى

Brief Psychotic Disorder

عبارة عن أعراض ذهانية ذات بداية حادة تمتد لعدة ساعات ولا تزيد عن شهر ثم يعود الشخص لكامل أدائه الوظيفي، بنفس مستوى ما قبل المرض، وتظهر الأعراض بعد ظروف ضاغطة وتكون في هيئة هلاوس وضلالات وتقلب إنفعالي بشكل حاد، وقد يكون الشخص مرتبكا أو متعليم ويعرف من الطريقة التي يستجيب بها لما يطلب منه .. ويصاحب ذلك سلوك غريب من إتخاذ أوضاع غريبة أو إرتداء ملابس غريبة، أو الصراخ أو البكم أو إخراج أصواتا لا معنى لها أو تكرار مقاطع من جمل لا تفيد معنى،

والوجدان غير مناسب غالبا واضطراب الإهتداء والذاكرة الحديثة وإجابته على الأسئلة قد تكون سخيفة ومختلفة.

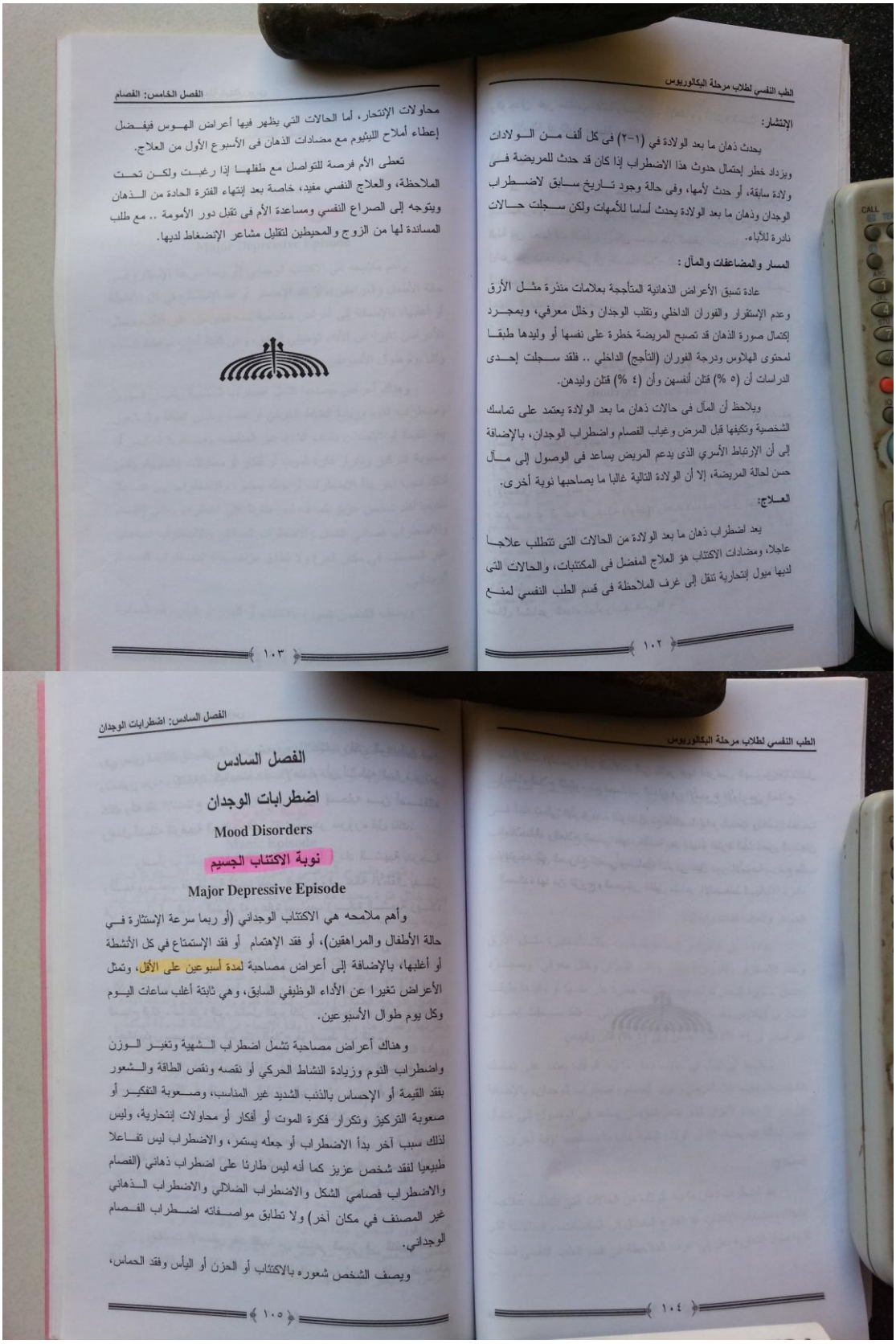
العـلاج:

قد يلزم إدخال المريض مستشفى إذا كانت الأعراض شديدة أو بغرض التشخيص، والطمأنة التي يوفرها جو المستشفى قد تكون كافية مع جرعات قليلة من مضادات الذهان، ويمكن سحب هذه العقاقير تدريجيا بمجرد تحسن الأعراض الذهانية، على أن يصاحبه علاج نفسي لمساعدة المريض على التخلص من الحيل الدفاعية غير الناضجة (مثل النكوص) وتقليل نقص إعتبار الذات وزيادة الثقة بالنفس.

ذهان ما بعد الولادة

Post-Partum Psychosis

عادة تظهر الأعراض في اليوم الثالث للولادة وتبدأ بالأرق وعدم الإستقرار والشعور بالإجهاد وتقلب الوجدان مع نوبات من البكاء، أما الأعراض المتأخرة فتشمل الشك والإرتباك وعدم الإتساق في التفكير والإنشغال بأفكار وسواسية حول صحة الطفل، أو عدم الرغبة في العناية به وعدم حبه أو الرغبة في إيذائه (الوليد)، والضلالات فحواها أن الطفل ميت أو مشوه، أو إنكار أنه وليدها، مع أفكار مسيطرة بأنها لم تتزوج بعد أو أنها مازالت عذراء، وقد تكون الأفكار أو الضلالات اضطهادية بأن هناك من يؤثر عليها أو أنها تنتمي للجنس الآخر، مع الهلاوس التي قد يكون محتواها مماثل لمشاعر العداء تجاه وليدها فتأمرها بقتله.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الإنتشار:

يحدث ذهان ما بعد الولادة في (١-٢) فى كل ألف من الولادات ويزداد خطر إحتمال حدوث هذا الاضطراب إذا كان قد حدث للمريضة فى ولادة سابقة، أو حدث لأمها، وفى حالة وجود تاريخ سابق لاضطراب الوجدان وذهان ما بعد الولادة يحدث أساسا للأمهات ولكن سجلت حالات نادرة للآباء.

المسار والمضاعفات والمآل :

عادة تسبق الأعراض الذهانية المتأججة بعلامات منذرة مثل الأرق وعدم الإستقرار والفوران الداخلي وتقلب الوجدان وخلل معرفي، وبمجرد إكتمال صورة الذهان قد تصبح المريضة خطرة على نفسها أو وليدها طبقا لمحتوى الهلاوس ودرجة الفوران (التأجج) الداخلي .. فلقد سجلت إحدى الدراسات أن (٥ %) قتلن أنفسهن وأن (٤ %) قتلن وليدهن.

ويلاحظ أن المآل فى حالات ذهان ما بعد الولادة يعتمد على تماسك الشخصية وتكيفها قبل المرض وغياب الفصام واضطراب الوجدان، بالإضافة إلى أن الإرتباط الأسري الذى يدعم المريض يساعد فى الوصول إلى مآل حسن لحالة المريضة، إلا أن الولادة التالية غالبا ما يصاحبها نوبة أخرى.

العلاج:

يعد اضطراب ذهان ما بعد الولادة من الحالات التى تتطلب علاجا عاجلا، ومضادات الاكتئاب هو العلاج المفضل فى المكتئبات، والحالات التى لديها ميول إنتحارية تنقل إلى غرف الملاحظة فى قسم الطب النفسي لمنع

محاولات الإنتحار، أما الحالات التي يظهر فيها أعراض الهوس فيفضل إعطاء أملاح الليثيوم مع مضادات الذهان فى الأسبوع الأول من العلاج.

تعطى الأم فرصة للتواصل مع طفلها إذا رغبت ولكن تحت الملاحظة، والعلاج النفسي مفيد، خاصة بعد إنتهاء الفترة الحادة من الذهان ويتوجه إلى الصراع النفسي ومساعدة الأم فى تقبل دور الأمومة .. مع طلب المساندة لها من الزوج والمحيطين لتقليل مشاعر الإضغاط لديها.

الفصل السادس

اضطرابات الوجدان

Mood Disorders

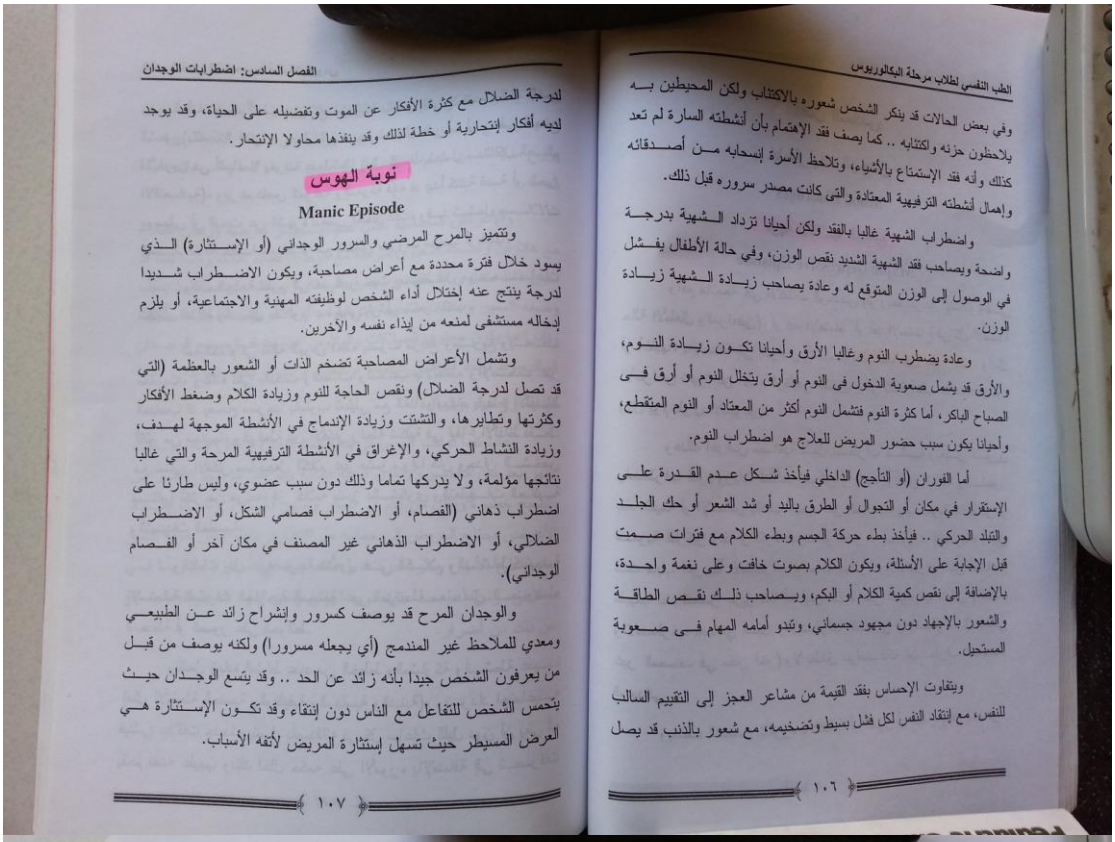
نوبة الاكتئاب الجسيم

Major Depressive Episode

وأهم ملامحه هي الاكتئاب الوجداني (أو ربما سرعة الإستثارة في حالة الأطفال والمراهقين)، أو فقد الإهتمام أو فقد الإستمتاع في كل الأنشطة أو أغلبها، بالإضافة إلى أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل، وتمثل الأعراض تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، وهي ثابتة أغلب ساعات اليوم وكل يوم طوال الأسبوعين.

وهناك أعراض مصاحبة تشمل اضطراب الشهية وتغير الوزن واضطراب النوم وزيادة النشاط الحركي أو نقصه ونقص الطاقة والشعور بفقد القيمة أو الإحساس بالذنب الشديد غير المناسب، وصعوبة التفكير أو صعوبة التركيز وتكرار فكرة الموت أو أفكار أو محاولات إنتحارية، وليس لذلك سبب آخر بدأ الاضطراب أو جعله يستمر، والاضطراب ليس تفاعلا طبيعيا لفقد شخص عزيز كما أنه ليس طارئا على اضطراب ذهاني (الفصام والاضطراب فصامي الشكل والاضطراب الضلالي والاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر) ولا تطابق مواصفاته اضطراب الفصام الوجداني.

ويصف الشخص شعوره بالاكتئاب أو الحزن أو اليأس وفقد الحماس،



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

وفي بعض الحالات قد ينكر الشخص شعوره بالاكتئاب ولكن المحيطين به يلاحظون حزنه واكتئابه .. كما يصف فقد الإهتمام بأن أنشطته السارة لم تعد كذلك وأنه فقد الإستمتاع بالأشياء، وتلاحظ الأسرة إنسحابه من أصدقائه وإهمال أنشطته الترفيهية المعتادة والتي كانت مصدر سروره قبل ذلك.

واضطراب الشهية غالبا بالفقد ولكن أحيانا تزداد الشهية بدرجة واضحة ويصاحب فقد الشهية الشديد نقص الوزن، وفي حالة الأطفال يفشل في الوصول إلى الوزن المتوقع له وعادة يصاحب زيادة الشهية زيادة الوزن.

وعادة يضطرب النوم وغالبا الأرق وأحيانا تكون زيادة النوم، والأرق قد يشمل صعوبة الدخول فى النوم أو أرق يتخلل النوم أو أرق فى الصباح الباكر، أما كثرة النوم فتشمل النوم أكثر من المعتاد أو النوم المتقطع، وأحيانا يكون سبب حضور المريض للعلاج هو اضطراب النوم.

أما الفوران (أو التأجج) الداخلي فيأخذ شكل عدم القدرة على الإستقرار في مكان أو التجوال أو الطرق باليد أو شد الشعر أو حك الجلد والتبلد الحركي .. فيأخذ بطء حركة الجسم وبطء الكلام مع فترات صمت قبل الإجابة على الأسئلة، ويكون الكلام بصوت خافت وعلى نغمة واحدة، بالإضافة إلى نقص كمية الكلام أو البكم، ويصاحب ذلك نقص الطاقة والشعور بالإجهاد دون مجهود جسماني، وتبدو أمامه المهام فى صعوبة المستحيل.

ويتفاوت الإحساس بفقد القيمة من مشاعر العجز إلى التقييم السالب للنفس، مع إنتقاد النفس لكل فشل بسيط وتضخيمه، مع شعور بالذنب قد يصل

الفصل السادس: اضطرابات الوجدان

لدرجة الضلال مع كثرة الأفكار عن الموت وتفضيله على الحياة، وقد يوجد لديه أفكار إنتحارية أو خطة لذلك وقد ينفذها محاولا الإنتحار.

نوبة الهوس

Manic Episode

وتتميز بالمرح المرضي والسرور الوجداني (أو الإستثارة) الذي يسود خلال فترة محددة مع أعراض مصاحبة، ويكون الاضطراب شديدا لدرجة ينتج عنه إختلال أداء الشخص لوظيفته المهنية والاجتماعية، أو يلزم إدخاله مستشفى لمنعه من إيذاء نفسه والآخرين.

وتشمل الأعراض المصاحبة تضخم الذات أو الشعور بالعظمة (التي قد تصل لدرجة الضلال) ونقص الحاجة للنوم وزيادة الكلام وضغط الأفكار وكثرتها وتطايرها، والتشتت وزيادة الإندماج في الأنشطة الموجهة لهدف، وزيادة النشاط الحركي، والإغراق في الأنشطة الترفيهية المرحة والتي غالبا نتائجها مؤلمة، ولا يدركها تماما وذلك دون سبب عضوي، وليس طارئا على اضطراب ذهاني (الفصام، أو الاضطراب فصامي الشكل، أو الاضطراب الضلالي، أو الاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر أو الفصام الوجداني).

والوجدان المرح قد يوصف كسرور وإنشراح زائد عن الطبيعي ومعدي للملاحظ غير المندمج (أي يجعله مسرورا) ولكنه يوصف من قبل من يعرفون الشخص جيدا بأنه زائد عن الحد .. وقد يتسع الوجدان حيث يتحمس الشخص للتفاعل مع الناس دون إنتقاء وقد تكون الإستثارة هي العرض المسيطر حيث تسهل إستثارة المريض لأتفه الأسباب.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

أما تضخم الذات فيتراوح من الثقة بالنفس التي لا تتحمل النقد إلى الشعور بالعظمة الذي قد يصل إلى درجة الضلال، لدرجة أن يعطي النصح للآخرين في أشياء لا يعرف عنها شيئا (مثل كيف تحل مشاكل العالم الاقتصادية)، وبرغم نقص الموهبة والمعرفة فإنه قد يبدأ كتابة قصة أو تلحين موسيقى أو البحث عن الشهرة ببعض المخترعات، وقد تشمل ضلالات العظمة علاقة خاصة مع الله أو مع شخص معروف سياسيا أو دينيا.

وتقل الحاجة للنوم إلى حد كبير حيث يستيقظ قبل موعده بساعات مكتمل الطاقة وقد يظل بلا نوم عدة أيام دون أن يشعر بتعب.

أما الكلام في حالة الهوس فعادة بصوت مرتفع وسريع ويصعب مقاطعته، وعادة ملئ بالنكات والقفشات والتلاعب بالألفاظ، والإضحاك غير المناسب قد يصبح مسرحيا بأسلوب تمثيلي مع الغناء، ويهتم بإيقاع الألفاظ أكثر من معانيها، والرابطة بين الأفكار رابطة شكلية في إيقاع الألفاظ فقط، مع تطاير الأفكار مما يجعل الكلام غير متسق، وإذا كان وجدان الشخص مستثارا أكثر من مرحه، فإن كلامه يتميز بالشكوى والتعليقات العدائية والتهديدات الغاضبة.

والتشتت يدل عليه سرعة التحول في الكلام والنشاط كنتيجة الإستجابة للمثيرات الخارجية المختلفة غير المرتبطة معا، مثل الضوضاء المحيطة أو الصور على الحوائط.

وتشمل زيادة النشاط عديد من الخطط والمشاركة وأنشطة عديدة (مثل الأنشطة الجنسية والوظيفية والسياسية والدينية)، وتزداد اجتماعيته فينشئ علاقات جديدة ويتصل بأصدقائه في كل ساعات الليل دون أن يعي أنه يقحم نفسه عليهم، وذلك لخلل حكمه على الأمور، بالإضافة إلى تصرفات

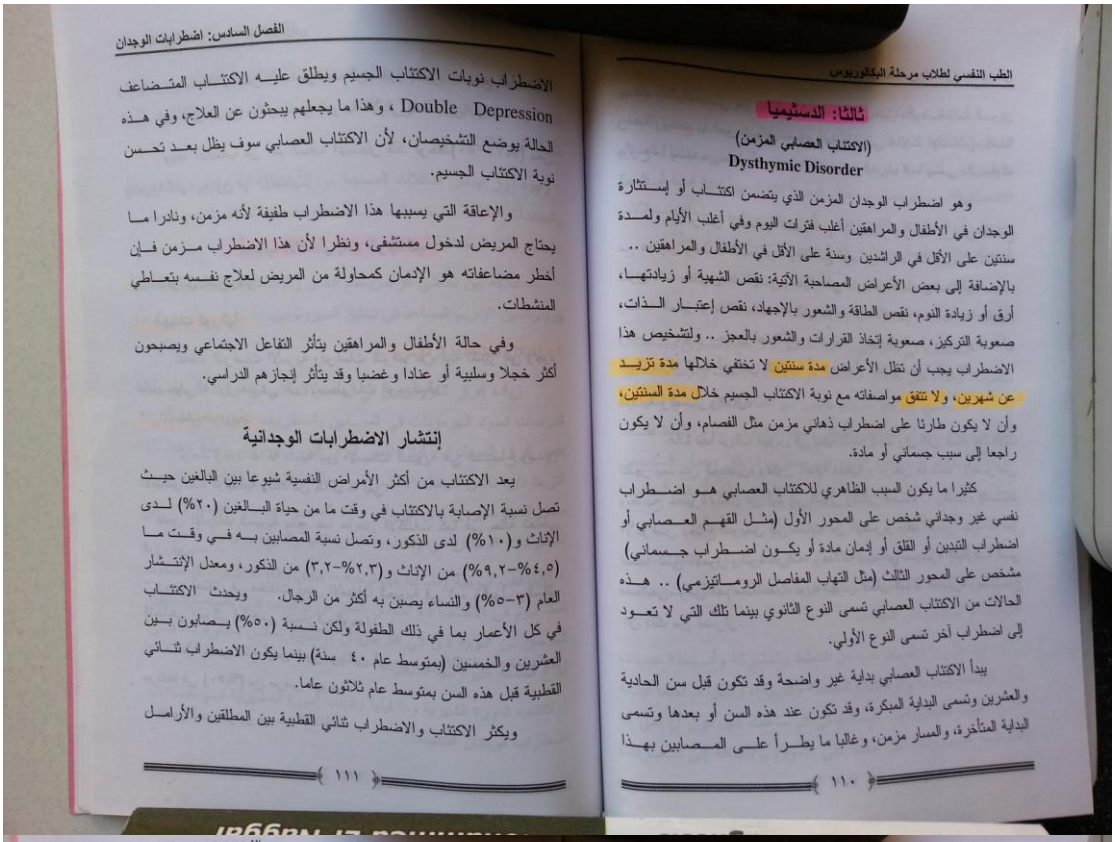
الفصل السادس: اضطرابات الوجدان

حمقاء وسلوك جنسي غير معتاد، وإرتداء ملابس غير مألوفة ذات ألوان زاهية ووضع مساحيق التجميل بصورة مفرطة (في حالات الإناث)، كما يوزع ما يملكه من طعام أو نقود على العابرين الغرباء فيما يسمى بالسلوك الممتد.

والأعراض المصاحبة تشمل عدم الإستبصار بمرضه ورفض العلاج مع هلاوس واضحة المحتوى متوافقة مع الوجدان السائد عادة، وضلالات قد تكون ذات محتوى اضطهادي ومبنية على فكرة أن الشخص مضطهد بسبب وضعه المميز وعلاقاته الخاصة التي يتوهم أن الآخرين يضطهدونه بسببها، ونادرا ما يكون محتوى الضلالات والهلاوس غير متوافق مع الوجدان السائد، وقد توجد أعراض كتاتونية أو ذهول أو بكم أو سلبية الحركة.

البداية والمسار والمآل:

عادة تبدأ نوبات الهوس في بداية العشرينات وإن كان هناك حالات تظهر بعد سن الخمسين، وتكون البداية فجائية وسرعان ما تشتد الأعراض وتصبح خطيرة وتظل من أيام إلى شهور وتنتهي فجأة .. وأثناء إشتداد الأعراض يحتاج المريض إلى حمايته من الإضرار بنفسه وبمن حوله لسوء حكمه على الأمور وكثرة حركته، وهذا ما يستدعي حجزه إجباريا في مستشفى، ومن أهم مضاعفات نوبة الهوس إدمان المواد المخدرة وما ينتج عن ذلك من أضرار.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ثالثا: الدسثيميا

(الاكتئاب العصابي المزمن)

Dysthymic Disorder

وهو اضطراب الوجدان المزمن الذي يتضمن اكتئاب أو إستثارة الوجدان في الأطفال والمراهقين أغلب فترات اليوم وفي أغلب الأيام ولمدة سنتين على الأقل في الراشدين وسنة على الأقل في الأطفال والمراهقين .. بالإضافة إلى بعض الأعراض المصاحبة الآتية: نقص الشهية أو زيادتها، أرق أو زيادة النوم، نقص الطاقة والشعور بالإجهاد، نقص إعتبار الذات، صعوبة التركيز، صعوبة إتخاذ القرارات والشعور بالعجز .. ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تظل الأعراض مدة سنتين لا تختفي خلالها مدة تزيد عن شهرين، ولا تتفق مواصفاته مع نوبة الاكتئاب الجسيم خلال مدة السنتين، وأن لا يكون طارئا على اضطراب ذهاني مزمن مثل الفصام، وأن لا يكون راجعا إلى سبب جسماني أو مادة.

كثيرا ما يكون السبب الظاهري للاكتئاب العصابي هو اضطراب نفسي غير وجداني شخص على المحور الأول (مثل القهم العصابي أو اضطراب التبدين أو القلق أو إدمان مادة أو يكون اضطراب جسماني) مشخص على المحور الثالث (مثل التهاب المفاصل الروماتيزمي) .. هذه الحالات من الاكتئاب العصابي تسمى النوع الثانوي بينما تلك التي لا تعود إلى اضطراب آخر تسمى النوع الأولي.

يبدأ الاكتئاب العصابي بداية غير واضحة وقد تكون قبل سن الحادية والعشرين وتسمى البداية المبكرة، وقد تكون عند هذه السن أو بعدها وتسمى البداية المتأخرة، والمسار مزمن، وغالبا ما يطرأ على المصابين بهذا

الاضطراب نوبات الاكتئاب الجسيم ويطلق عليه الاكتئاب المتضاعف Double Depression ، وهذا ما يجعلهم يبحثون عن العلاج، وفي هذه الحالة يوضع التشخيصان، لأن الاكتئاب العصابي سوف يظل بعد تحسن نوبة الاكتئاب الجسيم.

والإعاقة التي يسببها هذا الاضطراب طفيفة لأنه مزمن، ونادرا ما يحتاج المريض لدخول مستشفى، ونظرا لأن هذا الاضطراب مزمن فإن أخطر مضاعفاته هو الإدمان كمحاولة من المريض لعلاج نفسه بتعاطي المنشطات.

وفي حالة الأطفال والمراهقين يتأثر التفاعل الاجتماعي ويصبحون أكثر خجلا وسلبية أو عنادا وغضبا وقد يتأثر إنجازهم الدراسي.

إنتشار الاضطرابات الوجدانية

يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعا بين البالغين حيث تصل نسبة الإصابة بالاكتئاب في وقت ما من حياة البالغين (٢٠%) لدى الإناث و(١٠%) لدى الذكور، وتصل نسبة المصابين به في وقت ما (٤,٥%-٩,٢%) من الإناث و(٢,٣%-٣,٢%) من الذكور، ومعدل الإنتشار العام (٣-٥%) والنساء يصبن به أكثر من الرجال. ويحدث الاكتئاب في كل الأعمار بما في ذلك الطفولة ولكن نسبة (٥٠%) يصابون بين العشرين والخمسين (بمتوسط عام ٤٠ سنة) بينما يكون الاضطراب ثنائي القطبية قبل هذه السن بمتوسط عام ثلاثون عاما.

ويكثر الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية بين المطلقين والأرامل

والمهاجرين حديثا، وتنتشر الاضطرابات الوجدانية بين جميع الطبقات الاجتماعية، وتزداد بين الأقارب من الدرجة الأولى للمصابين بها.

ويعد الاكتئاب من أهم أسباب الإنتحار فلقد لوحظ(٥٠-٧٠%) ممن إنتحروا كانوا يعانون من الاكتئاب.

أسباب الاضطرابات الوجدانية

أولا: العوامل البيولوجية:

١- الجينات الوراثية:

كشفت الدراسات الأسرية ودراسات التوائم عن أدلة تشير إلى وجود عامل جيني له دور هام في نقل الاضطرابات الوجدانية.

٢- الأمينات الحيوية:

لوحظ وجود علاقة سببية بين الأمينات الحيوية في الدماغ وبين الاضطرابات الوجدانية وذلك من خلال ما يلي:

- نقص الأمينات الحيوية ينتج عنه مرض الاكتئاب كما في حالة تعاطي الرزربين.
- وجود إختلال في مخلفات أيض الأمينات الحيوية في الدم والبول والسائل النخاعي الشوكي لمرضى اضطراب الوجدان.
- ملاحظة نقص ناتج أيض النورأدرينالين في مرضى الاكتئاب، بينما يكون مرتفعا في (٥٠%) من مرض الهوس ..
- نقص السيروتونين يرسب الاكتئاب.

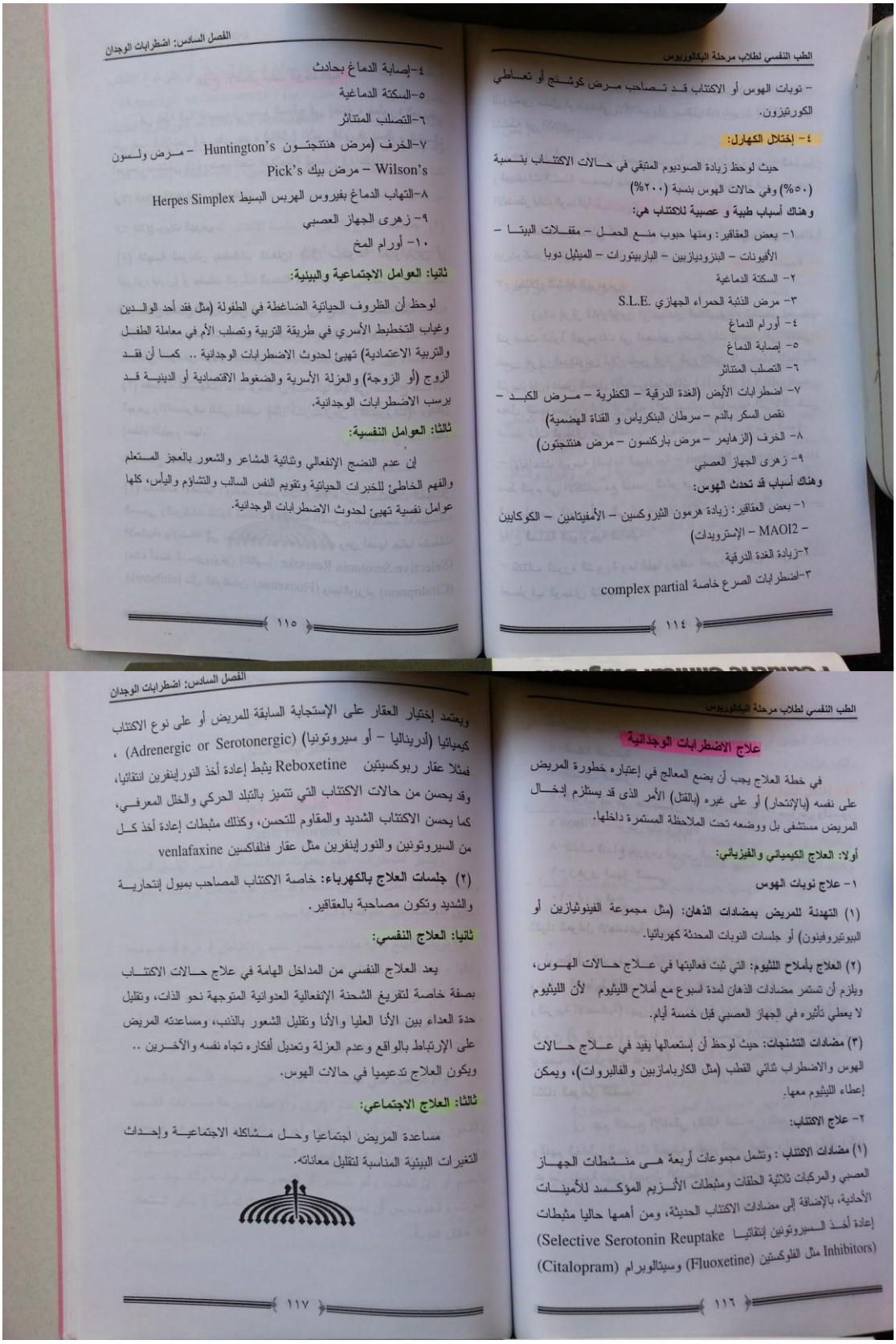
- هناك نظريات حديثة ترى أن المسار الميزولمبي (Mesolimbic) للدوبامين مخل الوظيفة في الاكتئاب وأن مستقبل الدوبامين١ (D1) قد يقل نشاطه في الاكتئاب.
- وجود دور لبعض الناقلات العصبية من الأحماض الأمينية خاصة الجابا والببتيدات النشطة عصبيا خاصة الموروفينات الداخلية في بعض الاضطرابات الوجدانية.

علاقة بين تعاطي أقراص منع الحمل والاكتئاب الذي يتحسن بإعطاء بيريدوكسين الإنزيم المساعد في تخليق السيروتونين.

٣- إختلال النشاط الهرموني:

زيادة إفراز الكورتيزون في بعض المكتئبين، وتلخص بعض الدراسات شذوذ الهرمونات في المصابين باضطرابات الوجدان في الآتي: نقص إفراز الميلاتونين ليلا، نقص إفراز البرولاكتين كإستجابة لإعطاء التريبتوفان، نقص المعدل الأساسي لهرمونات (F.S.H & L.H.)، ونقص معدل التستوستيرون لدى الرجال، وأهم المحاور الهرمونية التي تتأثر في اضطرابات الوجدان هي (الكظرية الأدرينالينية والدرقية وهرمون النمو).

- الإيقاعات اليومية (الساعة البيولوجية – Circadian Rhythms) شذوذ نمط النوم في الاكتئاب مع التحسن العابر في الاكتئاب الذي يحدث بتأثير الحرمان من النوم، أدى إلى إفتراض أن الاكتئاب إنعكاس لنظام شاذ في إيقاع الساعة البيولوجية الداخلية
- اكتئاب الدورة الشهرية وما قبلها وتوقف الدورة الشهرية في حالات اضطراب الوجدان الشديدة.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

- نوبات الهوس أو الاكتئاب قد تصاحب مرض كوشنج أو تعاطي الكورتيزون.

٤- إختلال الكهارل:

حيث لوحظ زيادة الصوديوم المتبقي في حالات الاكتئاب بنسبة (٥٠%) وفي حالات الهوس بنسبة (٢٠٠%)

وهناك أسباب طبية و عصبية للاكتئاب هي:

١- بعض العقاقير: ومنها حبوب منع الحمل - مقفلات البيتا - الأفيونات - البنزوديازبين - الباربيتورات - الميثيل دوبا

٢- السكتة الدماغية

٣- مرض الذئبة الحمراء الجهازي S.L.E.

٤- أورام الدماغ

٥- إصابة الدماغ

٦- التصلب المتناثر

٧- اضطرابات الأيض (الغدة الدرقية - الكظرية - مرض الكبد - نقص السكر بالدم - سرطان البنكرياس و القناة الهضمية)

٨- الخرف (الزهايمر - مرض باركنسون - مرض هنتنجتون)

٩- زهرى الجهاز العصبي

وهناك أسباب قد تحدث الهوس:

١- بعض العقاقير: زيادة هرمون الثيروكسين - الأمفيتامين - الكوكايين - MAOI2 - الإستروبدات)

٢-زيادة الغدة الدرقية

٣-اضطرابات الصرع خاصة complex partial

٤-إصابة الدماغ بحادث

٥-السكتة الدماغية

٦-التصلب المتناثر

٧-الخرف (مرض هنتنجتون Huntington's - مرض ولسون Wilson's - مرض بيك Pick's

٨-التهاب الدماغ بفيروس الهربس البسيط Herpes Simplex

٩- زهرى الجهاز العصبي

١٠- أورام المخ

ثانيا: العوامل الاجتماعية والبيئية:

لوحظ أن الظروف الحياتية الضاغطة في الطفولة (مثل فقد أحد الوالدين وغياب التخطيط الأسري في طريقة التربية وتصلب الأم في معاملة الطفل والتربية الاعتمادية) تهيئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية .. كما أن فقد الزوج (أو الزوجة) والعزلة الأسرية والضغوط الاقتصادية أو الدينية قد يرسب الاضطرابات الوجدانية.

ثالثا: العوامل النفسية:

إن عدم النضج الإنفعالي وثنائية المشاعر والشعور بالعجز المتعلم والفهم الخاطئ للخبرات الحياتية وتقويم النفس السالب والتشاؤم واليأس، كلها عوامل نفسية تهيئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

علاج الاضطرابات الوجدانية

في خطة العلاج يجب أن يضع المعالج في إعتباره خطورة المريض على نفسه (بالإنتحار) أو على غيره (بالقتل) الأمر الذى قد يستلزم إدخال المريض مستشفى بل ووضعه تحت الملاحظة المستمرة داخلها.

أولا: العلاج الكيميائي والفيزيائي:

١- علاج نوبات الهوس

(١) **التهدئة للمريض بمضادات الذهان:** (مثل مجموعة الفينوثيازين أو البيوتيروفينون) أو جلسات النوبات المحدثة كهربائيا.

(٢) **العلاج بأملاح الليثيوم:** التي ثبت فعاليتها في علاج حالات الهوس، ويلزم أن تستمر مضادات الذهان لمدة اسبوع مع أملاح الليثيوم لأن الليثيوم لا يعطي تأثيره في الجهاز العصبي قبل خمسة أيام.

(٣) **مضادات التشنجات:** حيث لوحظ أن إستعمالها يفيد في علاج حالات الهوس والاضطراب ثنائي القطب (مثل الكاربامازبين والفالبروات)، ويمكن إعطاء الليثيوم معها.

٢- علاج الاكتئاب:

(١) **مضادات الاكتئاب :** وتشمل مجموعات أربعة هي منشطات الجهاز العصبي والمركبات ثلاثية الحلقات ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، بالإضافة إلى مضادات الاكتئاب الحديثة، ومن أهمها حاليا مثبطات إعادة أخذ السيروتونين إنتقائيا (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) مثل الفلوكستين (Fluoxetine) وسيتالوبرام (Citalopram)

ويعتمد إختيار العقار على الإستجابة السابقة للمريض أو على نوع الاكتئاب كيميائيا (أدرينالية - أو سيروتونيا) (Adrenergic or Serotonergic) ، فمثلا عقار ريبوكسيتين Reboxetine يثبط إعادة أخذ النورإبنفرين انتقائيا، وقد يحسن من حالات الاكتئاب التي تتميز بالتبلد الحركي والخلل المعرفي، كما يحسن الاكتئاب الشديد والمقاوم للتحسن، وكذلك مثبطات إعادة أخذ كل من السيروتونين والنورإبنفرين مثل عقار فنلفاكسين venlafaxine

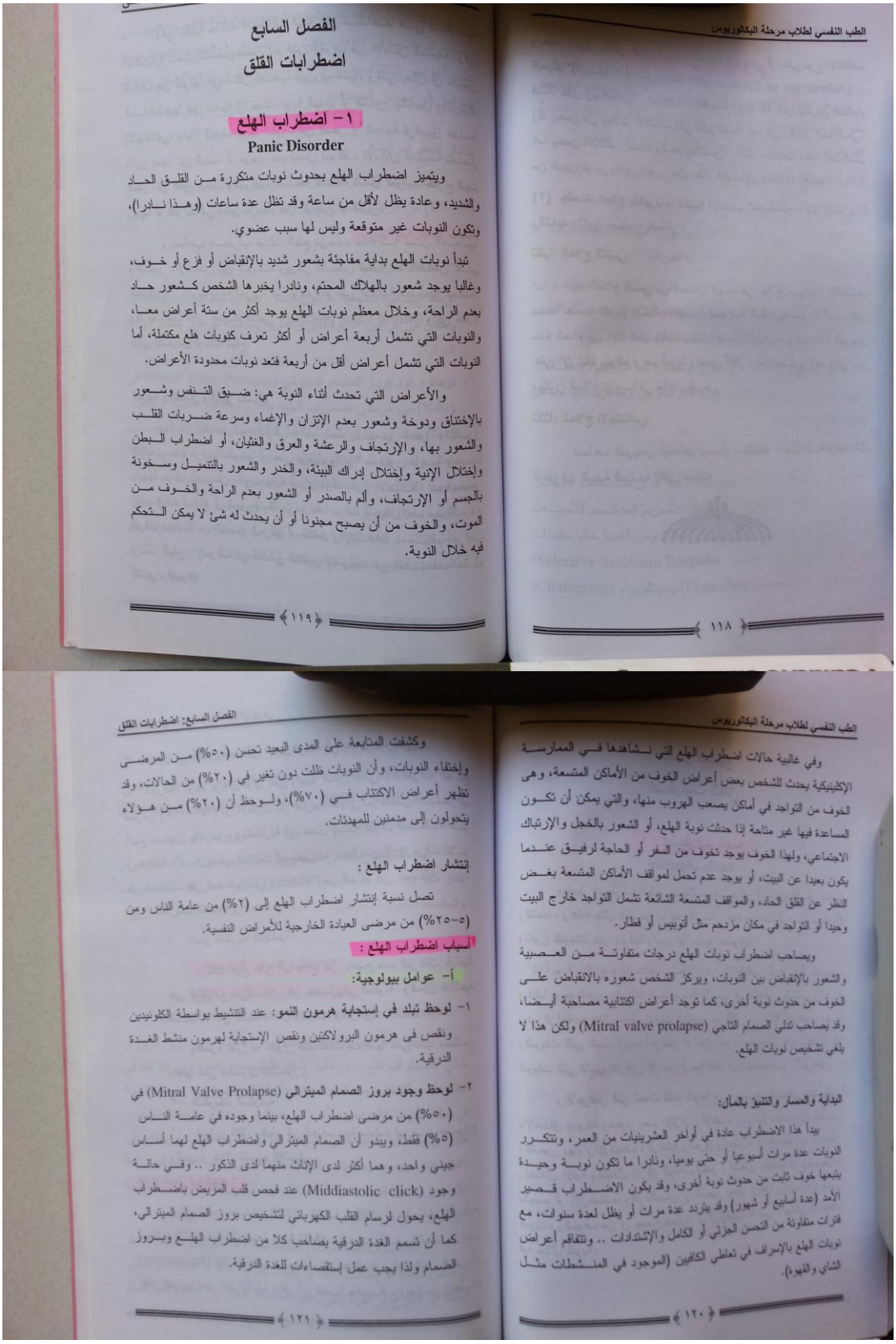
(٢) **جلسات العلاج بالكهرباء:** خاصة الاكتئاب المصاحب بميول إنتحارية والشديد وتكون مصاحبة بالعقاقير.

ثانيا: العلاج النفسي:

يعد العلاج النفسي من المداخل الهامة في علاج حالات الاكتئاب بصفة خاصة لتفريغ الشحنة الإنفعالية العدوانية المتوجهة نحو الذات، وتقليل حدة العداء بين الأنا العليا والأنا وتقليل الشعور بالذنب، ومساعدته المريض على الإرتباط بالواقع وعدم العزلة وتعديل أفكاره تجاه نفسه والآخرين .. ويكون العلاج تدعيميا في حالات الهوس.

ثالثا: العلاج الاجتماعي:

مساعدة المريض اجتماعيا وحل مشاكله الاجتماعية وإحداث التغيرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

وفي غالبية حالات اضطراب الهلع التي نشاهدها في الممارسة الإكلينيكية يحدث للشخص بعض أعراض الخوف من الأماكن المتسعة، وهي الخوف من التواجد في أماكن يصعب الهروب منها، والتي يمكن أن تكون المساعدة فيها غير متاحة إذا حدثت نوبة الهلع، أو الشعور بالخجل والإرتباك الاجتماعي، ولهذا الخوف يوجد تخوف من السفر أو الحاجة لرفيق عندما يكون بعيدا عن البيت، أو يوجد عدم تحمل لمواقف الأماكن المتسعة بغض النظر عن القلق الحاد، والمواقف المتسعة الشائعة تشمل التواجد خارج البيت وحيدا أو التواجد في مكان مزدحم مثل أتوبيس أو قطار.

ويصاحب اضطراب نوبات الهلع درجات متفاوتة من العصبية والشعور بالإنقباض بين النوبات، ويركز الشخص شعوره بالانقباض على الخوف من حدوث نوبة أخرى، كما توجد أعراض اكتئابية مصاحبة أيضا، وقد يصاحب تدلي الصمام التاجي (Mitral valve prolapse) ولكن هذا لا يلغي تشخيص نوبات الهلع.

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل:

يبدأ هذا الاضطراب عادة في أواخر العشرينيات من العمر، وتتكرر النوبات عدة مرات أسبوعيا أو حتى يوميا، ونادرا ما تكون نوبة وحيدة يتبعها خوف ثابت من حدوث نوبة أخرى، وقد يكون الاضطراب قصير الأمد (عدة أسابيع أو شهور) وقد يتردد عدة مرات أو يظل لعدة سنوات، مع فترات متفاوتة من التحسن الجزئي أو الكامل والإنتكادات .. وتتفاقم أعراض نوبات الهلع بالإسراف في تعاطي الكافيين (الموجود في المنشطات مثل الشاي والقهوة).

وكشفت المتابعة على المدى البعيد تحسن (٥٠%) من المرضى وإختفاء النوبات، وأن النوبات ظلت دون تغير في (٢٠%) من الحالات، وقد تظهر أعراض الاكتئاب في (٧٠%)، ولوحظ أن (٢٠%) من هؤلاء يتحولون إلى مدمنين للمهدئات.

إنتشار اضطراب الهلع :

تصل نسبة إنتشار اضطراب الهلع إلى (٢%) من عامة الناس ومن (٥-٢٥%) من مرضى العيادة الخارجية للأمراض النفسية.

أسباب اضطراب الهلع :

أ- عوامل بيولوجية:

١- **لوحظ تبلد في إستجابة هرمون النمو:** عند التنشيط بواسطة الكلونيدين ونقص في هرمون البرولاكتين ونقص الإستجابة لهرمون منشط الغدة الدرقية.

٢- **لوحظ وجود بروز الصمام الميترالي** (Mitral Valve Prolapse) في (٥٠%) من مرضى اضطراب الهلع، بينما وجوده في عامة الناس (٥%) فقط، ويبدو أن الصمام الميترالي واضطراب الهلع لهما أساس جيني واحد، وهما أكثر لدى الإناث منهما لدى الذكور .. وفي حالة وجود (Middiastolic click) عند فحص قلب المريض باضطراب الهلع، يحول لرسام القلب الكهربائي لتشخيص بروز الصمام الميترالي، كما أن تسمم الغدة الدرقية يصاحب كلا من اضطراب الهلع وبروز الصمام ولذا يجب عمل إستقصاءات للغدة الدرقية.

الفصل السابع

اضطرابات القلق

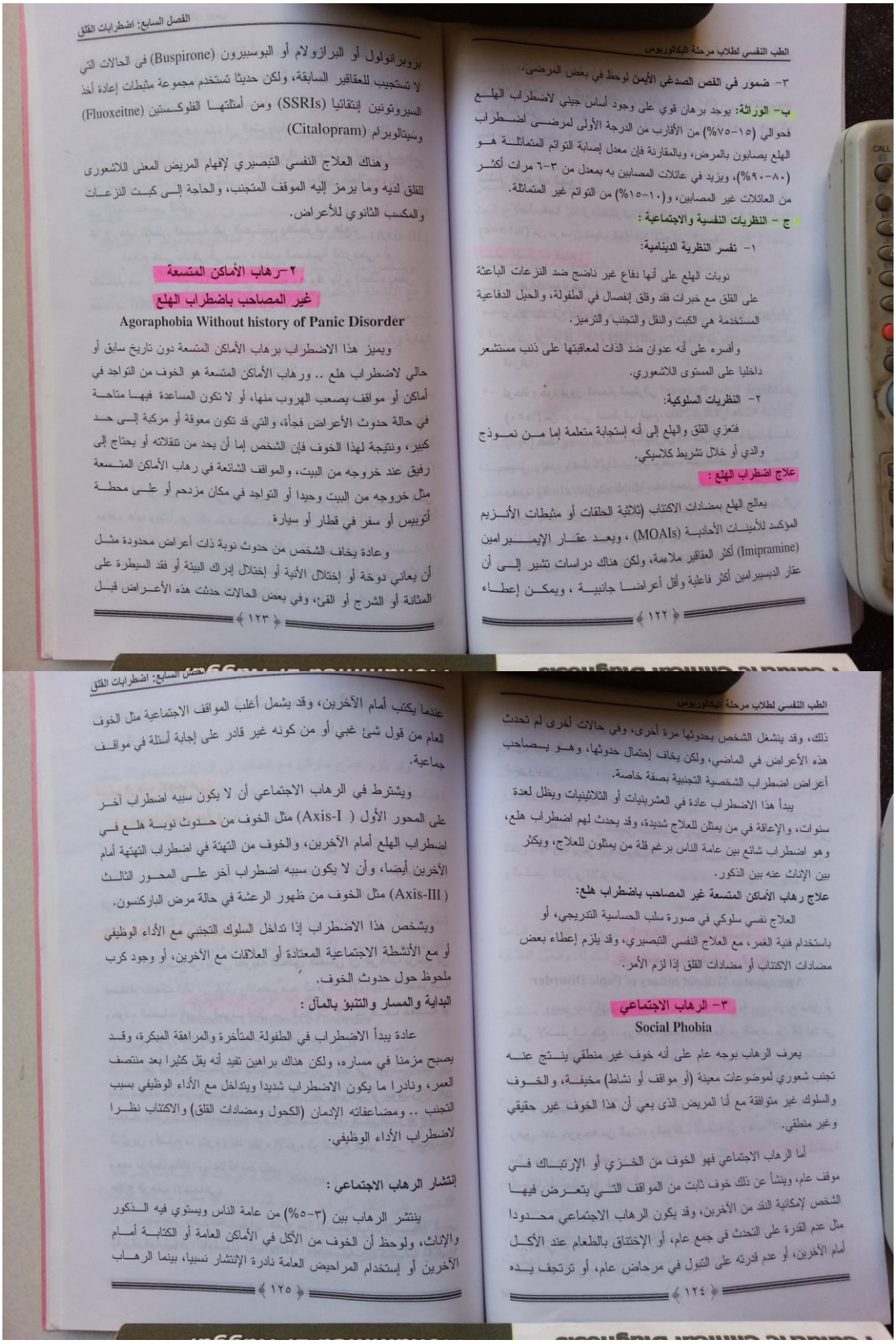
١- اضطراب الهلع

Panic Disorder

ويتميز اضطراب الهلع بحدوث نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد، وعادة يظل لأقل من ساعة وقد تظل عدة ساعات (وهذا نادرا)، وتكون النوبات غير متوقعة وليس لها سبب عضوي.

تبدأ نوبات الهلع بداية مفاجئة بشعور شديد بالإنقباض أو فزع أو خوف، وغالبا يوجد شعور بالهلاك المحتم، ونادرا يخبرها الشخص كشعور حاد بعدم الراحة، وخلال معظم نوبات الهلع يوجد أكثر من ستة أعراض معا، والنوبات التي تشمل أربعة أعراض أو أكثر تعرف كنوبات هلع مكتملة، أما النوبات التي تشمل أعراض أقل من أربعة فتعد نوبات محدودة الأعراض.

والأعراض التي تحدث أثناء النوبة هي: ضيق التنفس وشعور بالإختناق ودوخة وشعور بعدم الإتزان والإغماء وسرعة ضربات القلب والشعور بها، والإرتجاف والرعشة والعرق والغثيان، أو اضطراب البطن وإختلال الإنية وإختلال إدراك البيئة، والخدر والشعور بالتنميل وسخونة بالجسم أو الإرتجاف، وألم بالصدر أو الشعور بعدم الراحة والخوف من الموت، والخوف من أن يصبح مجنونا أو أن يحدث له شئ لا يمكن التحكم فيه خلال النوبة.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٣- ضمور في الفص الصدغي الأيمن لوحظ في بعض المرضى.

ب- الوراثة: يوجد برهان قوي على وجود أساس جيني لاضطراب الهلع فحوالي (١٥-٧٥%) من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الهلع يصابون بالمرض، وبالمقارنة فإن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (٨٠-٩٠%)، ويزيد في عائلات المصابين به بمعدل من ٣-٦ مرات أكثر من العائلات غير المصابين، و(١٠-١٥%) من التوائم غير المتماثلة.

ج - النظريات النفسية والاجتماعية :

١- تفسر النظرية الدينامية:

نوبات الهلع على أنها دفاع غير ناضج ضد النزعات الباعثة على القلق مع خبرات فقد وقلق إنفصال في الطفولة، والحيل الدفاعية المستخدمة هي الكبت والنقل والتجنب والترميز.

وأفسره على أنه عدوان ضد الذات لمعاقبتها على ذنب مستشعر داخليا على المستوى اللاشعوري.

٢- النظريات السلوكية:

فتعزي القلق والهلع إلى أنه إستجابة متعلمة إما من نموذج والدي أو خلال تشريط كلاسيكي.

علاج اضطراب الهلع :

يعالج الهلع بمضادات الاكتئاب (ثلاثية الحلقات أو مثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MOAIs) ، وبعد عقار الإيمبرامين (Imipramine) أكثر العقاقير ملاءمة، ولكن هناك دراسات تشير إلى أن عقار الديسيبرامين أكثر فاعلية وأقل أعراضا جانبية ، ويمكن إعطاء

الفصل السابع: اضطرابات القلق

بروبرانولول أو البرازولام أو البوسبيرون (Buspirone) في الحالات التي لا تستجيب للعقاقير السابقة، ولكن حديثا تستخدم مجموعة مثبطات إعادة أخذ السيروتونين إنتقائيا (SSRIs) ومن أمثلتها الفلوكستين (Fluoxeitne) وسيتالوبرام (Citalopram)

وهناك العلاج النفسي التبصيري لإفهام المريض المعنى اللاشعوري للقلق لديه وما يرمز إليه الموقف المتجنب، والحاجة إلى كبت النزعات والمكسب الثانوي للأعراض.

٢-رهاب الأماكن المتسعة غير المصاحب باضطراب الهلع

Agoraphobia Without history of Panic Disorder

ويميز هذا الاضطراب برهاب الأماكن المتسعة دون تاريخ سابق أو حالي لاضطراب هلع .. ورهاب الأماكن المتسعة هو الخوف من التواجد في أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها، أو لا تكون المساعدة فيها متاحة في حالة حدوث الأعراض فجأة، والتي قد تكون معوقة أو مركبة إلى حد كبير، ونتيجة لهذا الخوف فإن الشخص إما أن يحد من تنقلاته أو يحتاج إلى رفيق عند خروجه من البيت، والمواقف الشائعة في رهاب الأماكن المتسعة مثل خروجه من البيت وحيدا أو التواجد في مكان مزدحم أو على محطة أتوبيس أو سفر في قطار أو سيارة

وعادة يخاف الشخص من حدوث نوبة ذات أعراض محدودة مثل أن يعاني دوخة أو إختلال الأنية أو إختلال إدراك البيئة أو فقد السيطرة على المثانة أو الشرج أو القئ، وفي بعض الحالات حدثت هذه الأعراض قبل

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ذلك، وقد ينشغل الشخص بحدوثها مرة أخرى، وفي حالات أخرى لم تحدث هذه الأعراض في الماضي، ولكن يخاف إحتمال حدوثها، وهو يصاحب أعراض اضطراب الشخصية التجنبية بصفة خاصة.

يبدأ هذا الاضطراب عادة في العشرينيات أو الثلاثينيات ويظل لعدة سنوات، والإعاقة في من يمثلن للعلاج شديدة، وقد يحدث لهم اضطراب هلع، وهو اضطراب شائع بين عامة الناس برغم قلة من يمثلون للعلاج، ويكثر بين الإناث عنه بين الذكور.

علاج رهاب الأماكن المتسعة غير المصاحب باضطراب هلع:

العلاج نفسي سلوكي في صورة سلب الحساسية التدريجي، أو باستخدام فنية الغمر، مع العلاج النفسي التبصيري، وقد يلزم إعطاء بعض مضادات الاكتئاب أو مضادات القلق إذا لزم الأمر.

٣- الرهاب الاجتماعي

Social Phobia

يعرف الرهاب بوجه عام على أنه خوف غير منطقي ينتج عنه تجنب شعوري لموضوعات معينة (أو مواقف أو نشاط) مخيفة، والخوف والسلوك غير متوافقة مع أنا المريض الذى يعي أن هذا الخوف غير حقيقي وغير منطقي.

أما الرهاب الاجتماعي فهو الخوف من الخزي أو الإرتباك في موقف عام، وينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الآخرين، وقد يكون الرهاب الاجتماعي محدودا مثل عدم القدرة على التحدث في جمع عام، أو الإختناق بالطعام عند الأكل أمام الآخرين، أو عدم قدرته على التبول في مرحاض عام، أو ترتجف يده

الفصل السابع: اضطرابات القلق

عندما يكتب أمام الآخرين، وقد يشمل أغلب المواقف الاجتماعية مثل الخوف العام من قول شئ غبي أو من كونه غير قادر على إجابة أسئلة في مواقف جماعية.

ويشترط في الرهاب الاجتماعي أن لا يكون سببه اضطراب آخر على المحور الأول (Axis-I) مثل الخوف من حدوث نوبة هلع في اضطراب الهلع أمام الآخرين، والخوف من التهتة في اضطراب التهتة أمام الآخرين أيضا، وأن لا يكون سببه اضطراب آخر على المحور الثالث (Axis-III) مثل الخوف من ظهور الرعشة في حالة مرض الباركنسون.

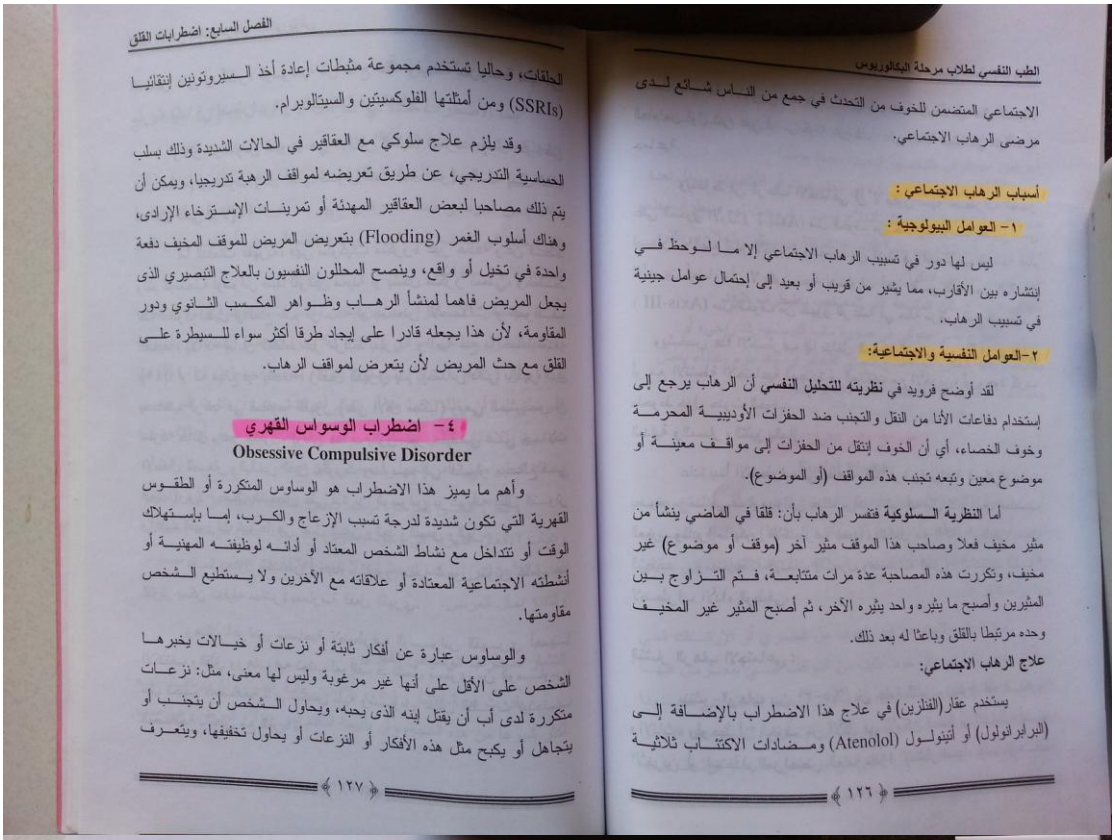
ويشخص هذا الاضطراب إذا تداخل السلوك التجنبي مع الأداء الوظيفي أو مع الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات مع الآخرين، أو وجود كرب ملحوظ حول حدوث الخوف.

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

عادة يبدأ الاضطراب في الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، وقد يصبح مزمنا في مساره، ولكن هناك براهين تفيد أنه يقل كثيرا بعد منتصف العمر، ونادرا ما يكون الاضطراب شديدا ويتداخل مع الأداء الوظيفي بسبب التجنب .. ومضاعفاته الإدمان (الكحول ومضادات القلق) والاكتئاب نظرا لاضطراب الأداء الوظيفي.

إنتشار الرهاب الاجتماعي :

ينتشر الرهاب بين (٣-٥%) من عامة الناس ويستوي فيه الذكور والإناث، ولوحظ أن الخوف من الأكل في الأماكن العامة أو الكتابة أمام الآخرين أو إستخدام المراحيض العامة نادرة الإنتشار نسبيا، بينما الرهاب



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الاجتماعي المتضمن للخوف من التحدث في جمع من الناس شائع لدى مرضى الرهاب الاجتماعي.

أسباب الرهاب الاجتماعي :

١- العوامل البيولوجية :

ليس لها دور في تسبيب الرهاب الاجتماعي إلا ما لوحظ في إنتشاره بين الأقارب، مما يشير من قريب أو بعيد إلى إحتمال عوامل جينية في تسبيب الرهاب.

٢-العوامل النفسية والاجتماعية:

لقد أوضح فرويد في **نظريته للتحليل النفسي** أن الرهاب يرجع إلى إستخدام دفاعات الأنا من النقل والتجنب ضد الحفزات الأوديبية المحرمة وخوف الخصاء، أي أن الخوف إنتقل من الحفزات إلى مواقف معينة أو موضوع معين وتبعه تجنب هذه المواقف (أو الموضوع).

أما **النظرية السلوكية** فتفسر الرهاب بأن: قلقا في الماضي ينشأ من مثير مخيف فعلا وصاحب هذا الموقف مثير آخر (موقف أو موضوع) غير مخيف، وتكررت هذه المصاحبة عدة مرات متتابعة، فتم التزاوج بين المثيرين وأصبح ما يثيره واحد يثيره الآخر، ثم أصبح المثير غير المخيف وحده مرتبطا بالقلق وباعثا له بعد ذلك.

علاج الرهاب الاجتماعي:

يستخدم عقار(الفلزين) في علاج هذا الاضطراب بالإضافة إلى (البرابرانولول) أو أتينولول (Atenolol) ومضادات الاكتئاب ثلاثية

الفصل السابع: اضطرابات القلق

الحلقات، وحاليا تستخدم مجموعة مثبطات إعادة أخذ السيروتونين إنتقائيا (SSRIs) ومن أمثلتها الفلوكسيتين والسيتالوبرام.

وقد يلزم علاج سلوكي مع العقاقير في الحالات الشديدة وذلك بسلب الحساسية التدريجي، عن طريق تعريضه لمواقف الرهبة تدريجيا، ويمكن أن يتم ذلك مصاحبا لبعض العقاقير المهدئة أو تمرينات الإسترخاء الإرادي، وهناك أسلوب الغمر (Flooding) بتعريض المريض للموقف المخيف دفعة واحدة في تخيل أو واقع، وينصح المحللون النفسيون بالعلاج التبصيري الذي يجعل المريض فاهما لمنشأ الرهاب وظواهر المكسب الثانوي ودور المقاومة، لأن هذا يجعله قادرا على إيجاد طرقا أكثر سواء للسيطرة على القلق مع حث المريض لأن يتعرض لمواقف الرهاب.

٤- اضطراب الوسواس القهري
Obsessive Compulsive Disorder

وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو الوساوس المتكررة أو الطقوس القهرية التي تكون شديدة لدرجة تسبب الإزعاج والكرب، إما باستهلاك الوقت أو تتداخل مع نشاط الشخص المعتاد أو أدائه لوظيفته المهنية أو أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين ولا يستطيع الشخص مقاومتها.

والوساوس عبارة عن أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى، مثل: نزعات متكررة لدى أب أن يقتل إبنه الذي يحبه، ويحاول الشخص أن يتجنب أو يتجاهل أو يكبح مثل هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول تخفيفها، ويتعرف

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الشخص على أن أفكاره الوسواسية من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه (كما في اضطراب القوة المتحكمة في التفكير).

وأكثر الوساوس شيوعا هي الأفكار العنيفة المترددة (مثل فكرة قتل الأب لطفله) أو التلوث (مثل أفكار العدوى لمصافحه آخر) والشك (مثل الشك أنه فعل الشئ أم لا).

أما الدفعات القهرية، فهي سلوكيات متكررة غير هادفة وعن قصد وتتم كإستجابة لوساوس طبقا لقوانين معينة أو بشكل متكرر نمطي، وخطط هذا السلوك لتقليل أو لمنع عدم الراحة أو بعض الأحداث أو المواقف المخيفة، إلا أنه إما أن النشاط غير مرتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لمنعه (٤٦)، أو أنه مبالغ فيه بشدة .. والفعل القهري يتم بإحساس ذاتي بالقهر الذي يصاحب الرغبة في المقاومة للقهور (على الأقل مبدئيا) ويعي الشخص أن سلوكه مبتذل وغير معقول، (ولكن هذا قد يكون غير حقيقي في حالات الأطفال الصغار والبالغين الذين تطورت وساوسهم إلى أفكار مبالغ في قيمتها)، ولا يحصل الشخص على لذة من الوسواس برغم أنه يقلل التوتر وأغلب القهورات شيوعا هي غسل اليدين والعد واللمس والهز.

عندما يحاول الشخص أن يقاوم القهور ينتابه شعور بتوتر غامر هذا التوتر يمكن تخفيفه مباشرة بممارسة الفعل القهري.

وهناك أعراض مصاحبة لاضطراب الوسواس القهري أهمها الاكتئاب والقلق ورهاب فيه تجنب لمواقف قد تشمل محتوى من الوساوس، مثل تجنب المصافحة لدى شخص لديه وساوس عن التلوث فيتجنب المصافحة باليدين مع الغرباء.

الفصل السابع: اضطرابات القلق

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل:

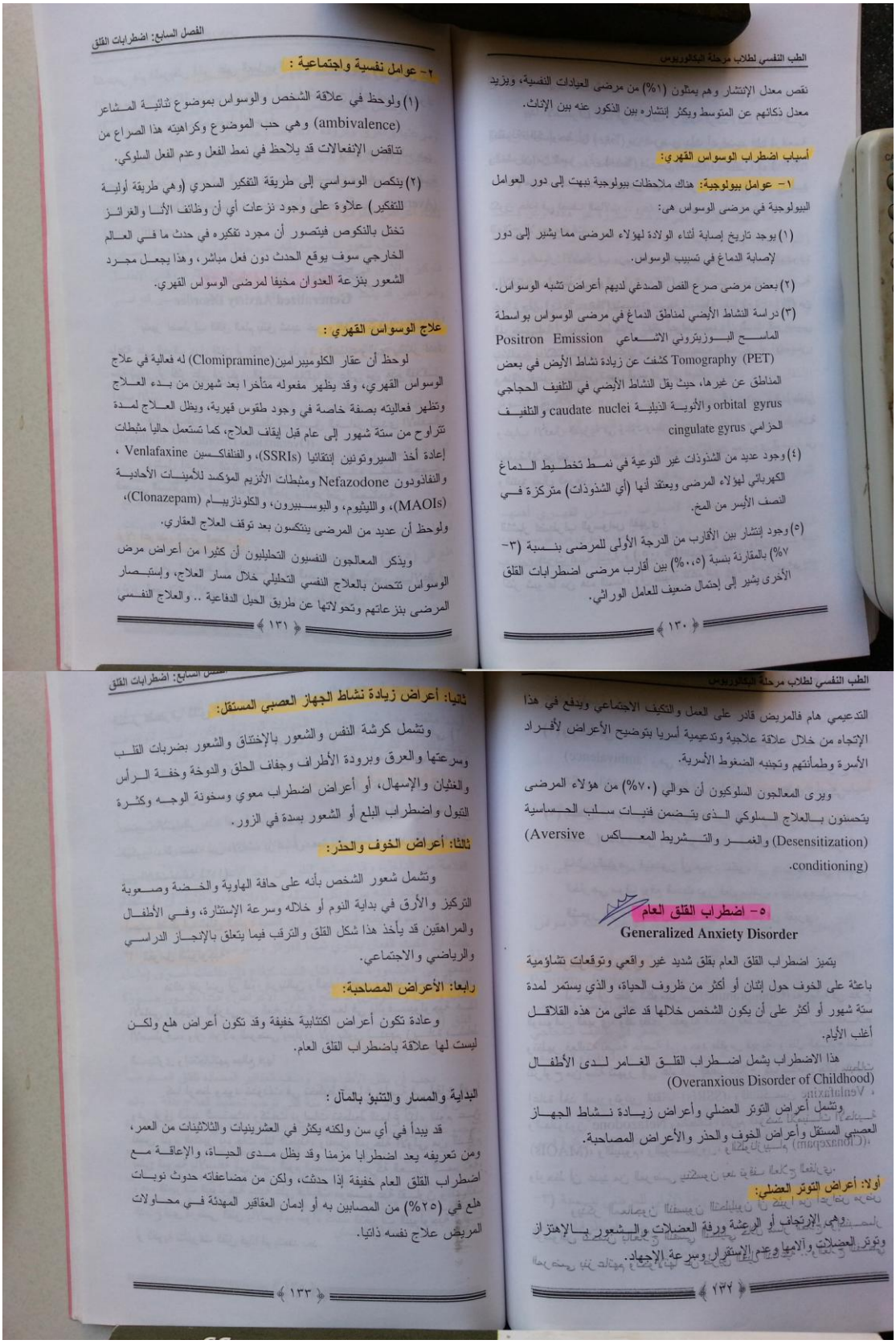
يبدأ الاضطراب عادة في المراهقة أو بداية الرشد وقد يبدأ في الطفولة، فلقد لوحظ أن (٥٠%) من المرضى بدأت أعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر، وأن (٨٠%) قبل سن الخامسة والثلاثين وأن (٥٠%-٧٠%) من المرضى تبدأ الأعراض لديهم بعد كرب (أو شدة)، والبداية قد تكون حادة في نصف الحالات .. وعادة يتكتم المريض أعراضه ولا يسأل للعلاج إلا بعد سنوات.

ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبة من الهوادة والإشتداد، ولوحظ أن حوالي (٢٠-٣٠%) من المرضى يتحسنون بدرجة كبيرة وأن (٤٠%-٥٠%) يتحسنون بدرجة متوسطة بينما (٢٠-٤٠%) من المرضى إما أن يظلوا كما هم أو تتفاقم أعراضهم، وأن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذي قد يكون من بين مضاعفاته الإنتحار أو الإدمان، وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى فصام.

والمآل الحسن للمرض مرتبط بحسن التكيف الاجتماعي والوظيفي وغياب الأفعال القهرية في وجود وساوس مع وجود عامل مرسب وطبيعة ثنائية للأعراض .. كما لوحظ أنه لا توجد علاقة بين محتوى الوساوس والتنبؤ بمآل المرض.

انتشار اضطراب الوسواس القهري :

قدرت نسبة إنتشاره (٠،٥ %) بين عامة الناس، ولكن يعتقد أنه أكثر شيوعا من هذه النسبة، وأن طبيعة التكتم لدى هؤلاء المرضى هي سبب



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

نقص معدل الإنتشار وهم يمثلون (١%) من مرضى العيادات النفسية، ويزيد معدل ذكائهم عن المتوسط ويكثر إنتشاره بين الذكور عنه بين الإناث.

أسباب اضطراب الوسواس القهري:

١- عوامل بيولوجية: هناك ملاحظات بيولوجية نبهت إلى دور العوامل البيولوجية في مرضى الوسواس هي:

(١) يوجد تاريخ إصابة أثناء الولادة لهؤلاء المرضى مما يشير إلى دور لإصابة الدماغ في تسبيب الوسواس.

(٢) بعض مرضى صرع الفص الصدغي لديهم أعراض تشبه الوسواس.

(٣) دراسة النشاط الأيضي لمناطق الدماغ في مرضى الوسواس بواسطة الماسح البوزيتروني الاشعاعي Positron Emission Tomography (PET) كشفت عن زيادة نشاط الأيض في بعض المناطق عن غيرها، حيث يقل النشاط الأيضي في التلفيف الحجاجي orbital gyrus والأنوية الذيلية caudate nuclei والتلفيف الحزامي cingulate gyrus

(٤) وجود عديد من الشذوذات غير النوعية في نمط تخطيط الدماغ الكهربائي لهؤلاء المرضى ويعتقد أنها (أي الشذوذات) متركزة في النصف الأيسر من المخ.

(٥) وجود إنتشار بين الأقارب من الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (٣-٧%) بالمقارنة بنسبة (٠,٥%) بين أقارب مرضى اضطرابات القلق الأخرى يشير إلى إحتمال ضعيف للعامل الوراثي.

الفصل السابع: اضطرابات القلق

٢- عوامل نفسية واجتماعية :

(١) ولوحظ في علاقة الشخص والوسواس بموضوع ثنائية المشاعر (ambivalence) وهي حب الموضوع وكراهيته هذا الصراع من تناقض الإنفعالات قد يلاحظ في نمط الفعل وعدم الفعل السلوكي.

(٢) ينكص الوسواسي إلى طريقة التفكير السحري (وهي طريقة أولية للتفكير) علاوة على وجود نزعات أي أن وظائف الأنا والغرائز تختل بالنكوص فيتصور أن مجرد تفكيره في حدث ما في العالم الخارجي سوف يوقع الحدث دون فعل مباشر، وهذا يجعل مجرد الشعور بنزعة العدوان مخيفا لمرضى الوسواس القهري.

علاج الوسواس القهري :

لوحظ أن عقار الكلوميبرامين(Clomipramine) له فعالية في علاج الوسواس القهري، وقد يظهر مفعوله متأخرا بعد شهرين من بدء العلاج وتظهر فعاليته بصفة خاصة في وجود طقوس قهرية، ويظل العلاج لمدة تتراوح من ستة شهور إلى عام قبل إيقاف العلاج، كما تستعمل حاليا مثبطات إعادة أخذ السيروتونين إنتقائيا (SSRIs)، والفنلفاكسين Venlafaxine ، والنفازودون Nefazodone ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOIs)، والليثيوم، والبوسبيرون، والكلونازيبام (Clonazepam)، ولوحظ أن عديد من المرضى ينتكسون بعد توقف العلاج العقاري.

ويذكر المعالجون النفسيون التحليليون أن كثيرا من أعراض مرض الوسواس تتحسن بالعلاج النفسي التحليلي خلال مسار العلاج، وإستبصار المرضى بنزعاتهم وتحولاتها عن طريق الحيل الدفاعية .. والعلاج النفسي

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

التدعيمي هام فالمريض قادر على العمل والتكيف الاجتماعي ويدفع في هذا الإتجاه من خلال علاقة علاجية وتدعيمية أسريا بتوضيح الأعراض لأفراد الأسرة وطمأنتهم وتجنبه الضغوط الأسرية.

ويرى المعالجون السلوكيون أن حوالي (٧٠%) من هؤلاء المرضى يتحسنون بالعلاج السلوكي الذي يتضمن فنيات سلب الحساسية (Desensitization) والغمر والتشريط المعاكس (Aversive conditioning).

٥- اضطراب القلق العام
Generalized Anxiety Disorder

يتميز اضطراب القلق العام بقلق شديد غير واقعي وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول إثنان أو أكثر من ظروف الحياة، والذي يستمر لمدة ستة شهور أو أكثر على أن يكون الشخص خلالها قد عانى من هذه القلاقل أغلب الأيام.

هذا الاضطراب يشمل اضطراب القلق الغامر لدى الأطفال (Overanxious Disorder of Childhood)

وتشمل أعراض التوتر العضلي وأعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل وأعراض الخوف والحذر والأعراض المصاحبة.

أولا: أعراض التوتر العضلي:

وهي الإرتجاف أو الرعشة ورفة العضلات والشعور بالإهتزاز وتوتر العضلات وآلامها وعدم الإستقرار وسرعة الإجهاد.

الفصل السابع: اضطرابات القلق

ثانيا: أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل:

وتشمل كرشة النفس والشعور بالإختناق والشعور بضربات القلب وسرعتها والعرق وبرودة الأطراف وجفاف الحلق والدوخة وخفة الرأس والغثيان والإسهال، أو أعراض اضطراب معوي وسخونة الوجه وكثرة التبول واضطراب البلع أو الشعور بسدة في الزور.

ثالثا: أعراض الخوف والحذر:

وتشمل شعور الشخص بأنه على حافة الهاوية والخضة وصعوبة التركيز والأرق في بداية النوم أو خلاله وسرعة الإستثارة، وفي الأطفال والمراهقين قد يأخذ هذا شكل القلق والترقب فيما يتعلق بالإنجاز الدراسي والرياضي والاجتماعي.

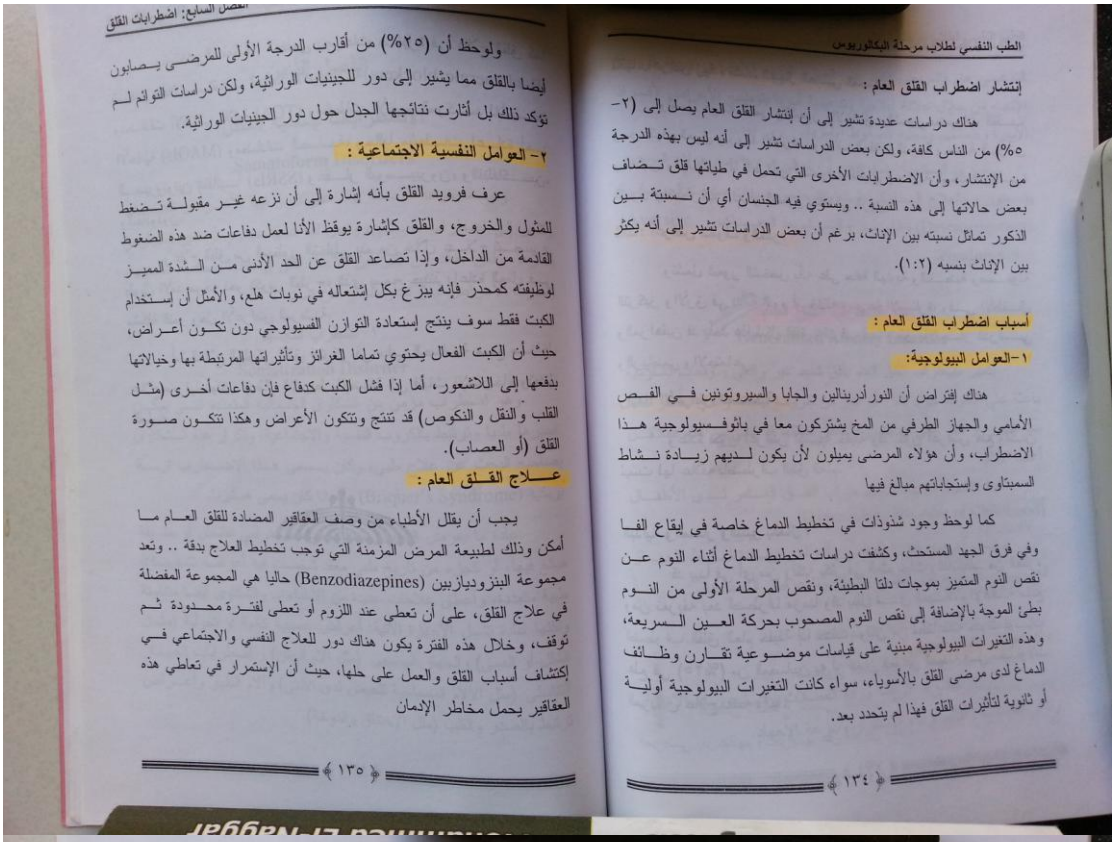
رابعا: الأعراض المصاحبة:

وعادة تكون أعراض اكتئابية خفيفة وقد تكون أعراض هلع ولكن ليست لها علاقة باضطراب القلق العام.

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

قد يبدأ في أي سن ولكنه يكثر في العشرينيات والثلاثينات من العمر، ومن تعريفه يعد اضطرابا مزمنا وقد يظل مدى الحياة، والإعاقة مع اضطراب القلق العام خفيفة إذا حدثت، ولكن من مضاعفاته حدوث نوبات هلع في (٢٥%) من المصابين به أو إدمان العقاقير المهدئة في محاولات المريض علاج نفسه ذاتيا.

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

إنتشار اضطراب القلق العام :

هناك دراسات عديدة تشير إلى أن إنتشار القلق العام يصل إلى (٢-٥%) من الناس كافة، ولكن بعض الدراسات تشير إلى أنه ليس بهذه الدرجة من الإنتشار، وأن الاضطرابات الأخرى التي تحمل في طياتها قلق تضاف بعض حالاتها إلى هذه النسبة .. ويستوي فيه الجنسان أي أن نسبته بين الذكور تماثل نسبته بين الإناث، برغم أن بعض الدراسات تشير إلى أنه يكثر بين الإناث بنسبه (١:٢).

أسباب اضطراب القلق العام :

١-العوامل البيولوجية:

هناك إفتراض أن النورأدرينالين والجابا والسيروتونين في الفص الأمامي والجهاز الطرفي من المخ يشتركون معا في باثوفسيولوجية هذا الاضطراب، وأن هؤلاء المرضى يميلون لأن يكون لديهم زيادة نشاط السمبتاوى وإستجاباتهم مبالغ فيها

كما لوحظ وجود شذوذات في تخطيط الدماغ خاصة في إيقاع الفا وفي فرق الجهد المستحث، وكشفت دراسات تخطيط الدماغ أثناء النوم عن نقص النوم المتميز بموجات دلتا البطيئة، ونقص المرحلة الأولى من النوم بطئ الموجة بالإضافة إلى نقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة، وهذه التغيرات البيولوجية مبنية على قياسات موضوعية تقارن وظائف الدماغ لدى مرضى القلق بالأسوياء، سواء كانت التغيرات البيولوجية أولية أو ثانوية لتأثيرات القلق فهذا لم يتحدد بعد.

الفصل السابع: اضطرابات القلق

ولوحظ أن (٢٥%) من أقارب الدرجة الأولى للمرضى يصابون أيضا بالقلق مما يشير إلى دور للجينيات الوراثية، ولكن دراسات التوائم لم تؤكد ذلك بل أثارت نتائجها الجدل حول دور الجينيات الوراثية.

٢- العوامل النفسية الاجتماعية :

عرف فرويد القلق بأنه إشارة إلى أن نزعه غير مقبولة تضغط للمثول والخروج، والقلق كإشارة يوقظ الأنا لعمل دفاعات ضد هذه الضغوط القادمة من الداخل، وإذا تصاعد القلق عن الحد الأدنى من الشدة المميز لوظيفته كمحذر فإنه يبزغ بكل إشتعاله في نوبات هلع، والأمثل أن إستخدام الكبت فقط سوف ينتج إستعادة التوازن الفسيولوجي دون تكون أعراض، حيث أن الكبت الفعال يحتوي تماما الغرائز وتأثيراتها المرتبطة بها وخيالاتها بدفعها إلى اللاشعور، أما إذا فشل الكبت كدفاع فإن دفاعات أخرى (مثل القلب والنقل والنكوص) قد تنتج وتتكون الأعراض وهكذا تتكون صورة القلق (أو العصاب).

علاج القلق العام :

يجب أن يقلل الأطباء من وصف العقاقير المضادة للقلق العام ما أمكن وذلك لطبيعة المرض المزمنة التي توجب تخطيط العلاج بدقة .. وتعد مجموعة البنزوديازبين (Benzodiazepines) حاليا هي المجموعة المفضلة في علاج القلق، على أن تعطى عند اللزوم أو تعطى لفترة محدودة ثم توقف، وخلال هذه الفترة يكون هناك دور للعلاج النفسي والاجتماعي في إكتشاف أسباب القلق والعمل على حلها، حيث أن الإستمرار في تعاطي هذه العقاقير يحمل مخاطر الإدمان

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

وتستخدم المطمئنات العظمى بجرعات صغيرة في علاج القلق كما تستخدم مقفلات مستقبلات البيتا الأدرينالية(B-adrenergic blockers) ومضادات الاكتئاب ثلاثية (TCA) ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOIs) ومضادات الحساسية، وحاليا مثبطات إعادة أخذ السيروتونين إنتقائيا (SSRIs) وعقار البوسبيرون، والفنلفاكسين، والنفاذودون.

وعلاج القلق من المنظور التحليلي يتم من خلال علاج تبصيري طويل الأمد موجه نحو تكوين الطرح، الذى يسمح حينئذ بإعادة العمل في مشكلة النمو وحل الأعراض المرضية.

أما العلاج السلوكي للقلق فيتركز في سلب الحساسية مع مداخل علاج معرفية تهدف لإبطال التشريط بالإضافة إلى فنيات الإسترخاء وتعديل السلوك.

الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل

الفصل الثامن

الاضطرابات جسدية الشكل

Somatoform Disorders

وهي مجموعة الاضطرابات التي تبرز فيها الأعراض الجسمانية وتشير إلى اضطراب جسماني، وليس لها سبب عضوي أو تغير فسيولوجي يفسرها، ولكن هناك من البراهين ما يدل على إرتباطها بالحالة النفسية، وحدوث الأعراض ليس تمارضا أو عن قصد

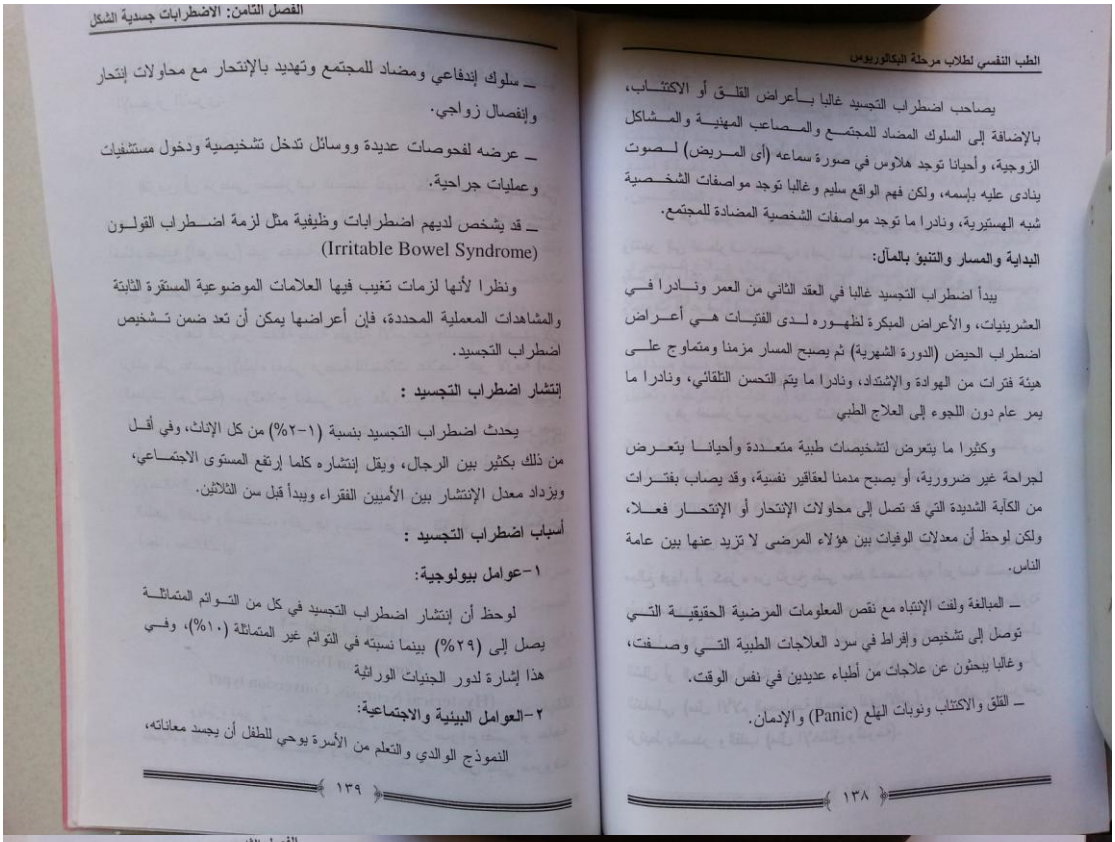
١-اضطراب التجسيد

Somatization Disorder

وهو اضطراب مزمن من الشكاوى الجسمانية المتعددة التي يمكن تفسيرها طبيا وترتبط بالكروب النفسية والاجتماعية، وتكرار هذه الشكاوى يصاحبه البحث عن علاج طبي، وكان يسمى هذا الاضطراب لزمة بريكيه (Briquet's Syndrome) وأحيانا كان يسمى هستيريا.

عادة ما يعرض المريض شكاواه في شكل درامي غامض أو بطريقة مبالغ فيها، أو كجزء من تاريخ طبي معقد شخصت فيه أعراضه تشخيصات طبية متعددة، وأعطى علاجات عديدة من الأطباء .. والشكاوى أيضا متقاوتة ولكنها عادة تشمل الأجهزة الآتية: أعراض عصبية كاذبة أو تحولية (مثل الشلل أو العمى) والجهاز الهضمي (مثل آلام البطن) و اضطرابات الجهاز التناسلي (مثل الآلام المصاحبة للحيض لدى الأنثى) وآلام الظهر وأعراض ترتبط بالصدر والقلب (مثل الإختناق والدوخة).

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

يصاحب اضطراب التجسيد غالبا بأعراض القلق أو الاكتئاب، بالإضافة إلى السلوك المضاد للمجتمع والمصاعب المهنية والمشاكل الزوجية، وأحيانا توجد هلاوس في صورة سماعه (أى المريض) لصوت ينادى عليه بإسمه، ولكن فهم الواقع سليم وغالبا توجد مواصفات الشخصية شبه الهستيرية، ونادرا ما توجد مواصفات الشخصية المضادة للمجتمع.

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل:

يبدأ اضطراب التجسيد غالبا في العقد الثاني من العمر ونادرا في العشرينيات، والأعراض المبكرة لظهوره لدى الفتيات هي أعراض اضطراب الحيض (الدورة الشهرية) ثم يصبح المسار مزمنا ومتماوج على هيئة فترات من الهوادة والإشتداد، ونادرا ما يتم التحسن التلقائي، ونادرا ما يمر عام دون اللجوء إلى العلاج الطبي

وكثيرا ما يتعرض لتشخيصات طبية متعددة وأحيانا يتعرض لجراحة غير ضرورية، أو يصبح مدمنا لعقاقير نفسية، وقد يصاب بفترات من الكآبة الشديدة التي قد تصل إلى محاولات الإنتحار أو الإنتحار فعلا، ولكن لوحظ أن معدلات الوفيات بين هؤلاء المرضى لا تزيد عنها بين عامة الناس.

- المبالغة ولفت الإنتباه مع نقص المعلومات المرضية الحقيقية التي توصل إلى تشخيص وإفراط في سرد العلاجات الطبية التي وصفت، وغالبا يبحثون عن علاجات من أطباء عديدين في نفس الوقت.
- القلق والاكتئاب ونوبات الهلع (Panic) والإدمان.

الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل

- سلوك إندفاعي ومضاد للمجتمع وتهديد بالإنتحار مع محاولات إنتحار وإنفصال زواجي.
- عرضه لفحوصات عديدة ووسائل تدخل تشخيصية ودخول مستشفيات وعمليات جراحية.
- قد يشخص لديهم اضطرابات وظيفية مثل لزمة اضطراب القولون (Irritable Bowel Syndrome)

ونظرا لأنها لزمات تغيب فيها العلامات الموضوعية المستقرة الثابتة والمشاهدات المعملية المحددة، فإن أعراضها يمكن أن تعد ضمن تشخيص اضطراب التجسيد.

إنتشار اضطراب التجسيد :

يحدث اضطراب التجسيد بنسبة (١-٢%) من كل الإناث، وفي أقل من ذلك بكثير بين الرجال، ويقل إنتشاره كلما إرتفع المستوى الاجتماعي، ويزداد معدل الإنتشار بين الأميين الفقراء ويبدأ قبل سن الثلاثين.

أسباب اضطراب التجسيد :

١-عوامل بيولوجية:

لوحظ أن إنتشار اضطراب التجسيد في كل من التوائم المتماثلة يصل إلى (٢٩%) بينما نسبته في التوائم غير المتماثلة (١٠%)، وفي هذا إشارة لدور الجنيات الوراثية

٢-العوامل البيئية والاجتماعية:

النموذج الوالدي والتعلم من الأسرة يوحي للطفل أن يجسد معاناته،

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

كما أن الإيذاء البدني للطفل ينمي ميول التجسيد لديه وكذلك عدم الإستقرار الأسري.

٣-العوامل النفسية:

إفترض أن مرضى اضطراب التجسيد لديهم خلل مميز إنتباهي ومعرفي، ينتج عنه إدراك خاطئ وتقويم للمداخل الحسية الجسدية فترصد أخطاء جسدية (أعراض) غير حقيقية.

علاج اضطراب التجسيد :

يلزم هذا المريض علاقة طبية طويلة الأمد مع طبيب واحد، لأن تردده على عدد من الأطباء يعطي فرصة لتدخلات علاجية غير لازمة (مثل العمليات الجراحية) .. وللعلاج النفسي دور هام، حيث يقلل كثيرا من اضطراب التجسيد لديهم ومن دخولهم المستشفيات، حيث يساعد المريض على قبول أعراضه والتكيف معها وهذا يزيل الشعور بها ويزيلها، أيضا بالإضافة إلى مساعدة المريض على حل مشاكله الحقيقية ويجب تجنب إعطاء العقاقير النفسية والمسكنات، ولكن إذا وجدت أعراض قلق أو اكتئاب يمكن إعطاء مضادات لها.

٢- اضطراب التحول

Conversion Disorder

(Hysterical Neurosis, Conversion type)

ويميزه تغير أو فقد وظيفة جسمانية ناتج عن صراع نفسي أو حاجة نفسية، وهذه الأعراض الجسمانية لا يمكن أن يفسرها مرض طبي معروف

الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل

أو آلية بالوفسيولوجية، ومرضى هذا الاضطراب لا يعون الأساس النفسي لأعراضهم، ولا يمكنهم التحكم فيها بإرادتهم.

وأكثر أعراض اضطراب التحول وضوحا وتقليدية تلك التي توحي بمرض عصبي، مثل الشلل وإحتباس الصوت (aphonia) ونوبات التشنج واضطراب التحكم الحركي والعمى والرؤية الأنبوبية (Tunnel vision)، وفقد حاسة الشم (Anosmia) وخدر أو تنميل في جزء أو كل الجسم، ونادرا ما تحدث الأعراض التحولية في الجهاز العصبي المستقل أو جهاز الغدد الصم، فالحمل كعرض تحولي يمكن أن يمثل رفض وقرف والحمل الكاذب (Pseudocyesis) يمكن أن يمثل رغبة في الحمل والخوف منه معا.

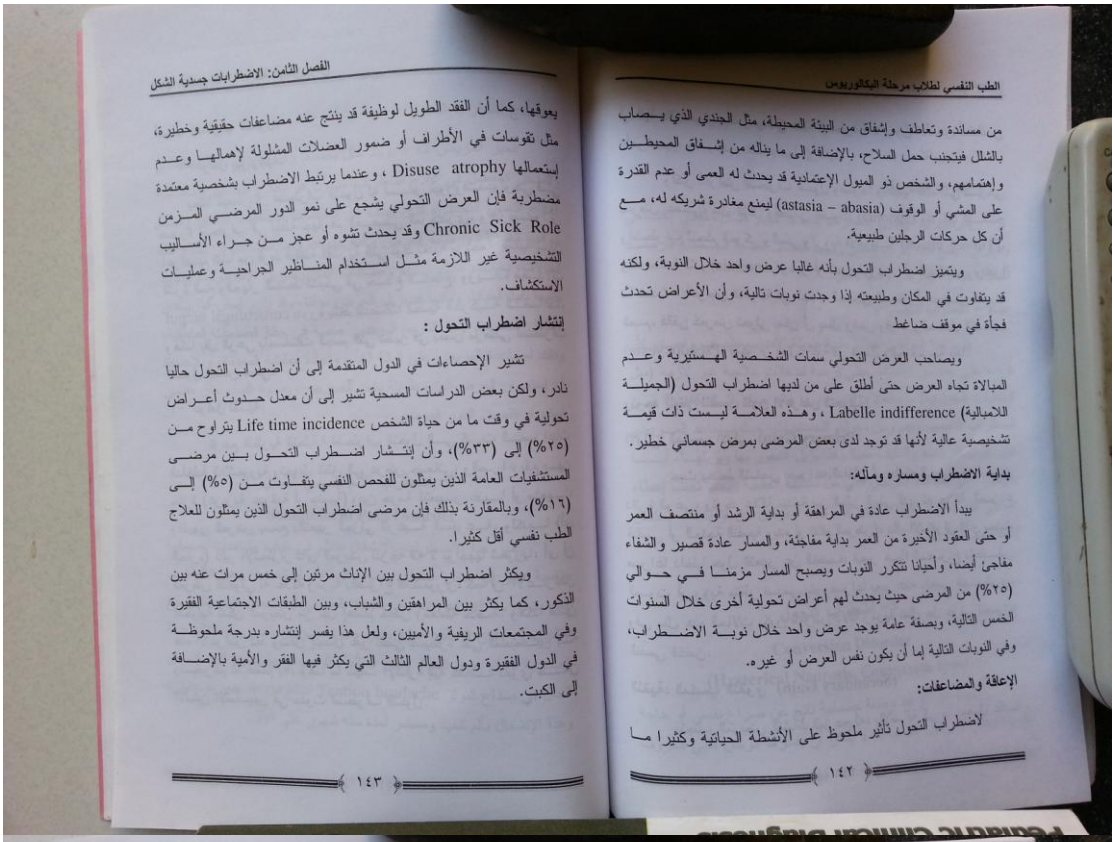
وتوجد آليتان لتفسير تكون الأعراض التحولية:

الأولى: المكسب الأولي (Primary Gain)

حيث يحتفظ الشخص بصراعه الداخلي أو حاجته النفسية بعيدا عن دائرة الوعي، وتوجد علاقة مبدئية بين المثير البيئي الذي له علاقة بالصراع النفسي أو الحاجة النفسية وبدء أو تفاقم العرض)، مثل الإستفزاز الذي يحدث صراعا داخليا حول التعبير عن الغضب، فيعبر هذا الصراع بإحتباس الصوت أو رؤية منظر صدمي يثير صراعا يعبر عنه بالعمى الهستيري، وفي مثل هذه الحالات يكون للعرض دلالة رمزية تمثل حل جزئي للصراع النفسي الكامن.

الثانية: المكسب الثانوي (Secondary Gain)

يتجنب المريض النشاط المزعج له، بالإضافة إلى ما يحصل عليه



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

من مساندة وتعاطف وإشفاق من البيئة المحيطة، مثل الجندي الذي يصاب بالشلل فيتجنب حمل السلاح، بالإضافة إلى ما يناله من إشفاق المحيطين وإهتمامهم، والشخص ذو الميول الإعتمادية قد يحدث له العمى أو عدم القدرة على المشي أو الوقوف (astasia – abasia) ليمنع مغادرة شريكه له، مع أن كل حركات الرجلين طبيعية.

ويتميز اضطراب التحول بأنه غالبا عرض واحد خلال النوبة، ولكنه قد يتفاوت في المكان وطبيعته إذا وجدت نوبات تالية، وأن الأعراض تحدث فجأة في موقف ضاغط

ويصاحب العرض التحولي سمات الشخصية الهستيرية وعدم المبالاة تجاه العرض حتى أطلق على من لديها اضطراب التحول (الجميلة اللامبالية) Labelle indifference ، وهذه العلامة ليست ذات قيمة تشخيصية عالية لأنها قد توجد لدى بعض المرضى بمرض جسماني خطير.

بداية الاضطراب ومساره ومآله:

يبدأ الاضطراب عادة في المراهقة أو بداية الرشد أو منتصف العمر أو حتى العقود الأخيرة من العمر بداية مفاجئة، والمسار عادة قصير والشفاء مفاجئ أيضا، وأحيانا تتكرر النوبات ويصبح المسار مزمنا في حوالي (٢٥%) من المرضى حيث يحدث لهم أعراض تحولية أخرى خلال السنوات الخمس التالية، وبصفة عامة يوجد عرض واحد خلال نوبة الاضطراب، وفي النوبات التالية إما أن يكون نفس العرض أو غيره.

الإعاقة والمضاعفات:

لاضطراب التحول تأثير ملحوظ على الأنشطة الحياتية وكثيرا ما

الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل

يعوقها، كما أن الفقد الطويل لوظيفة قد ينتج عنه مضاعفات حقيقية وخطيرة، مثل تقوسات في الأطراف أو ضمور العضلات المشلولة لإهمالها وعدم إستعمالها Disuse atrophy ، وعندما يرتبط الاضطراب بشخصية معتمدة مصطربة فإن العرض التحولي يشجع على نمو الدور المرضي المزمن Chronic Sick Role وقد يحدث تشوه أو عجز من جراء الأساليب التشخيصية غير اللازمة مثل استخدام المناظير الجراحية وعمليات الاستكشاف.

إنتشار اضطراب التحول :

تشير الإحصاءات في الدول المتقدمة إلى أن اضطراب التحول حاليا نادر، ولكن بعض الدراسات المسحية تشير إلى أن معدل حدوث أعراض تحولية في وقت ما من حياة الشخص Life time incidence يتراوح من (٢٥%) إلى (٣٣%)، وأن إنتشار اضطراب التحول بين مرضى المستشفيات العامة الذين يمثلون للفحص النفسي يتفاوت من (٥%) إلى (١٦%)، وبالمقارنة بذلك فإن مرضى اضطراب التحول الذين يمثلون للعلاج الطب نفسي أقل كثيرا.

ويكثر اضطراب التحول بين الإناث مرتين إلى خمس مرات عنه بين الذكور، كما يكثر بين المراهقين والشباب، وبين الطبقات الاجتماعية الفقيرة وفي المجتمعات الريفية والأميين، ولعل هذا يفسر إنتشاره بدرجة ملحوظة في الدول الفقيرة ودول العالم الثالث التي يكثر فيها الفقر والأمية بالإضافة إلى الكبت.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

أسباب اضطراب التحول:

١-عوامل بيولوجية:

يعتقد البعض أن اضطراب التحول له أساس نيوروفسيولوجي في صورة اضطراب في يقظة جهازهم العصبي المركزي، وإفترضوا أن أعراضهم تنشأ من فرط اليقظة القشرية التي تولد تغذية مرتجعة سالبة بين قشرة المخ والجهاز المنشط الشبكي في جذع الدماغ، وزيادة معدلات corticofugal output بدوره يثبط النبضات الحسية الحركية الصاعدة، وهكذا يقل الوعي بإحساسات الجسم التي تظهر في بعض مرضى اضطراب التحول كنقص حسي.

١- عوامل نفسية:

ترجع النظرية التحليلية اضطراب التحول إلى كبت الصراعات الداخلية اللاشعورية وتحويل القلق إلى عرض جسماني، والصراع يقع بين حفزة (غريزية عدوانية أو جنسية) وبين حرمة التعبير عنها أو منعها، وظهور العرض يسمح بالتعبير الجزئي للرغبة الممنوعة، ولكنها (أي الحفزة) تثير الإشمئزاز لدى المريض لدرجة أنه لا يواجهها شعوريا، أي أن العرض التحولي له علاقة رمزية بالصراع اللاشعوري، كما أن الأعراض التحولية تمكن المريض من نيل إهتمام خاص ومعاملة خاصة، وهكذا فإن هذه الأعراض تعد وسائل إتصال غير لفظي للسيطرة على المحيطين به وتسخيرهم للإهتمام به، وهذا ما سبقت الإشارة إليه كمكسب ثانوي ضمن الآليتين الأساسيتين في حدوث اضطراب التحول.

الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل

علاج اضطراب التحول:

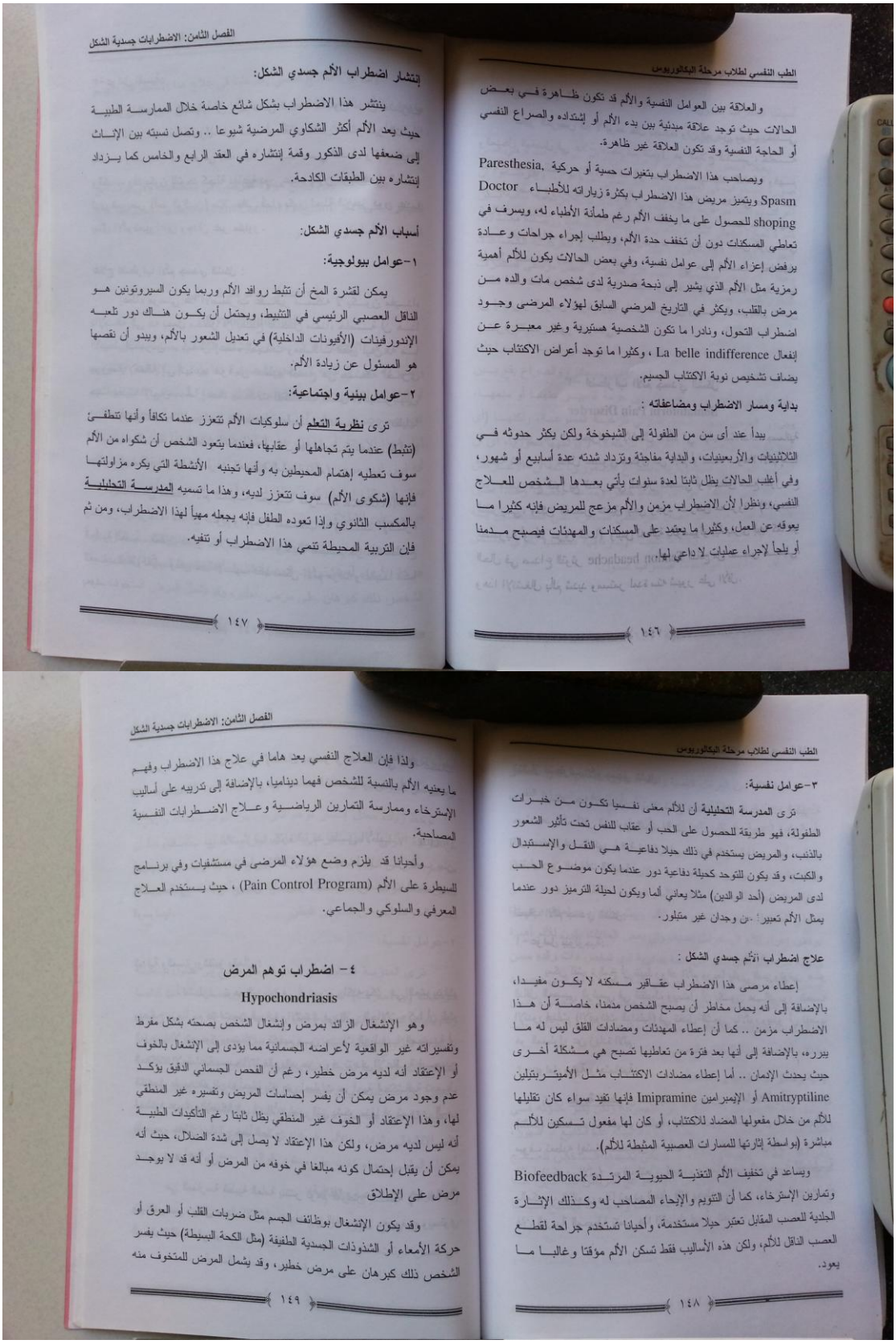
نخبر المريض أنه لا يوجد خلل بجسده، وأن العرض سوف يختفي والمدخل المفضل في علاج اضطراب التحول هو العلاج النفسي، خاصة العلاج النفسي التحليلي، الذي يهدف إلى إستكشاف الديناميات الداخلية وفهم جوانب الصراع ورمزية العرض وآلية حدوثه، وهذا مفيد جدا في علاج هذه الحالات، بخلاف علاج التنويم ومضادات القلق وتمارين الإسترخاء فإنها جميعا تفيد أحيانا، ولكنها قد تزيل العرض مؤقتا، وقد يلزم الحقن الوريدي لأميتال الصوديم لأخذ التاريخ المرضي خاصة في حالة الصدمات العاطفية، وذلك لمساعدة المريض على إزالة الكبت وإعادة معايشة الصدمة، ويلاحظ أن إستمرار العرض لفترة طويلة يثبت العرض ويعود المريض على إستمرار تقمص الدور المرضي.

٣- اضطراب الألم جسدي الشكل

Somatoform Pain Disorder

يتميز هذا الاضطراب بالإنشغال بالألم في غياب مشاهدات جسمانية مناسبة تشير إلى عامل عضوي مسئول عن الألم أو شدته .. وهذا الألم إما غير متسق مع التوزيع التشريحي للجهاز العصبي أو يتسق مع التوزيع التشريحي، ولكن الفحص الدقيق ينفي وجود مرض معروف (كالذبحة الصدرية أو ألم عرق النسا) وليس له آلية بالوفسيولوجية يعزى إليها كما هو الحال في صداع التوتر Tention headache الناتج من تقلص عضلي، وهذا الإنشغال بألم شديد ومستمر لمدة سته شهور على الأقل.

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

والعلاقة بين العوامل النفسية والألم قد تكون ظاهرة في بعض الحالات حيث توجد علاقة مبدئية بين بدء الألم أو إشتداده والصراع النفسي أو الحاجة النفسية وقد تكون العلاقة غير ظاهرة.

ويصاحب هذا الاضطراب بتغيرات حسية أو حركية Paresthesia, Spasm ويتميز مريض هذا الاضطراب بكثرة زياراته للأطباء Doctor shoping للحصول على ما يخفف الألم رغم طمأنة الأطباء له، ويسرف في تعاطي المسكنات دون أن تخفف حدة الألم، ويطلب إجراء جراحات وعادة يرفض إعزاء الألم إلى عوامل نفسية، وفي بعض الحالات يكون للألم أهمية رمزية مثل الألم الذي يشير إلى ذبحة صدرية لدى شخص مات والده من مرض بالقلب، ويكثر في التاريخ المرضي السابق لهؤلاء المرضى وجود اضطراب التحول، ونادرا ما تكون الشخصية هستيرية وغير معبرة عن إنفعال La belle indifference ، وكثيرا ما توجد أعراض الاكتئاب حيث يضاف تشخيص نوبة الاكتئاب الجسيم.

بداية ومسار الاضطراب ومضاعفاته :

يبدأ عند أي سن من الطفولة إلى الشيخوخة ولكن يكثر حدوثه في الثلاثينيات والأربعينيات، والبداية مفاجئة وتزداد شدته عدة أسابيع أو شهور، وفي أغلب الحالات يظل ثابتا لعدة سنوات يأتي بعدها الشخص للعلاج النفسي، ونظرا لأن الاضطراب مزمن والألم مزعج للمريض فإنه كثيرا ما يعوقه عن العمل، وكثيرا ما يعتمد على المسكنات والمهدئات فيصبح مدمنا أو يلجأ لإجراء عمليات لا داعي لها.

الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل

إنتشار اضطراب الألم جسدي الشكل:

ينتشر هذا الاضطراب بشكل شائع خاصة خلال الممارسة الطبية حيث يعد الألم أكثر الشكاوي المرضية شيوعا .. وتصل نسبته بين الإناث إلى ضعفها لدى الذكور وقمة إنتشاره في العقد الرابع والخامس كما يزداد إنتشاره بين الطبقات الكادحة.

أسباب الألم جسدي الشكل:

١-عوامل بيولوجية:

يمكن لقشرة المخ أن تنبط روافد الألم وربما يكون السيروتونين هو الناقل العصبي الرئيسي في التنبيط، ويحتمل أن يكون هناك دور تلعبه الإندورفينات (الأفيونات الداخلية) في تعديل الشعور بالألم، ويبدو أن نقصها هو المسئول عن زيادة الألم.

٢-عوامل بيئية واجتماعية:

ترى **نظرية التعلم** أن سلوكيات الألم تتعزز عندما تكافأ وأنها تنطفئ (تنبط) عندما يتم تجاهلها أو عقابها، فعندما يتعود الشخص أن شكواه من الألم سوف تعطيه إهتمام المحيطين به وأنها تجنبه الأنشطة التي يكره مزاولتها فإنها (شكوى الألم) سوف تتعزز لديه، وهذا ما تسميه **المدرسة التحليلية** بالمكسب الثانوي وإذا تعوده الطفل فإنه يجعله مهيأ لهذا الاضطراب، ومن ثم فإن التربية المحيطة تنمي هذا الاضطراب أو تنفيه.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٣-عوامل نفسية:

ترى المدرسة التحليلية أن للألم معنى نفسيا تكون من خبرات الطفولة، فهو طريقة للحصول على الحب أو عقاب للنفس تحت تأثير الشعور بالذنب، والمريض يستخدم في ذلك حيلا دفاعية هي النقل والإستبدال والكبت، وقد يكون للتوحد كحيلة دفاعية دور عندما يكون موضوع الحب لدى المريض (أحد الوالدين) مثلا يعاني ألما ويكون لحيلة الترميز دور عندما يمثل الألم تعبيرا عن وجدان غير متبلور.

علاج اضطراب ألم جسدي الشكل :

إعطاء مرضى هذا الاضطراب عقاقير مسكنه لا يكون مفيدا، بالإضافة إلى أنه يحمل مخاطر أن يصبح الشخص مدمنا، خاصة أن هذا الاضطراب مزمن .. كما أن إعطاء المهدئات ومضادات القلق ليس له ما يبرره، بالإضافة إلى أنها بعد فترة من تعاطيها تصبح هي مشكلة أخرى حيث يحدث الإدمان .. أما إعطاء مضادات الاكتئاب مثل الأميتربتيلين Amitryptiline أو الإيميرامين Imipramine فإنها تفيد سواء كان تقليلها للألم من خلال مفعولها المضاد للاكتئاب، أو كان لها مفعول تسكين للألم مباشرة (بواسطة إثارتها للمسارات العصبية المثبطة للألم).

ويساعد في تخفيف الألم التغذية الحيوية المرتدة Biofeedback وتمارين الإسترخاء، كما أن التنويم والإيحاء المصاحب له وكذلك الإثارة الجلدية للعصب المقابل تعتبر حيلا مستخدمة، وأحيانا تستخدم جراحة لقطع العصب الناقل للألم، ولكن هذه الأساليب فقط تسكن الألم مؤقتا وغالبا ما يعود.

الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل

ولذا فإن العلاج النفسي يعد هاما في علاج هذا الاضطراب وفهم ما يعنيه الألم بالنسبة للشخص فهما ديناميا، بالإضافة إلى تدريبه على أساليب الإسترخاء وممارسة التمارين الرياضية وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة.

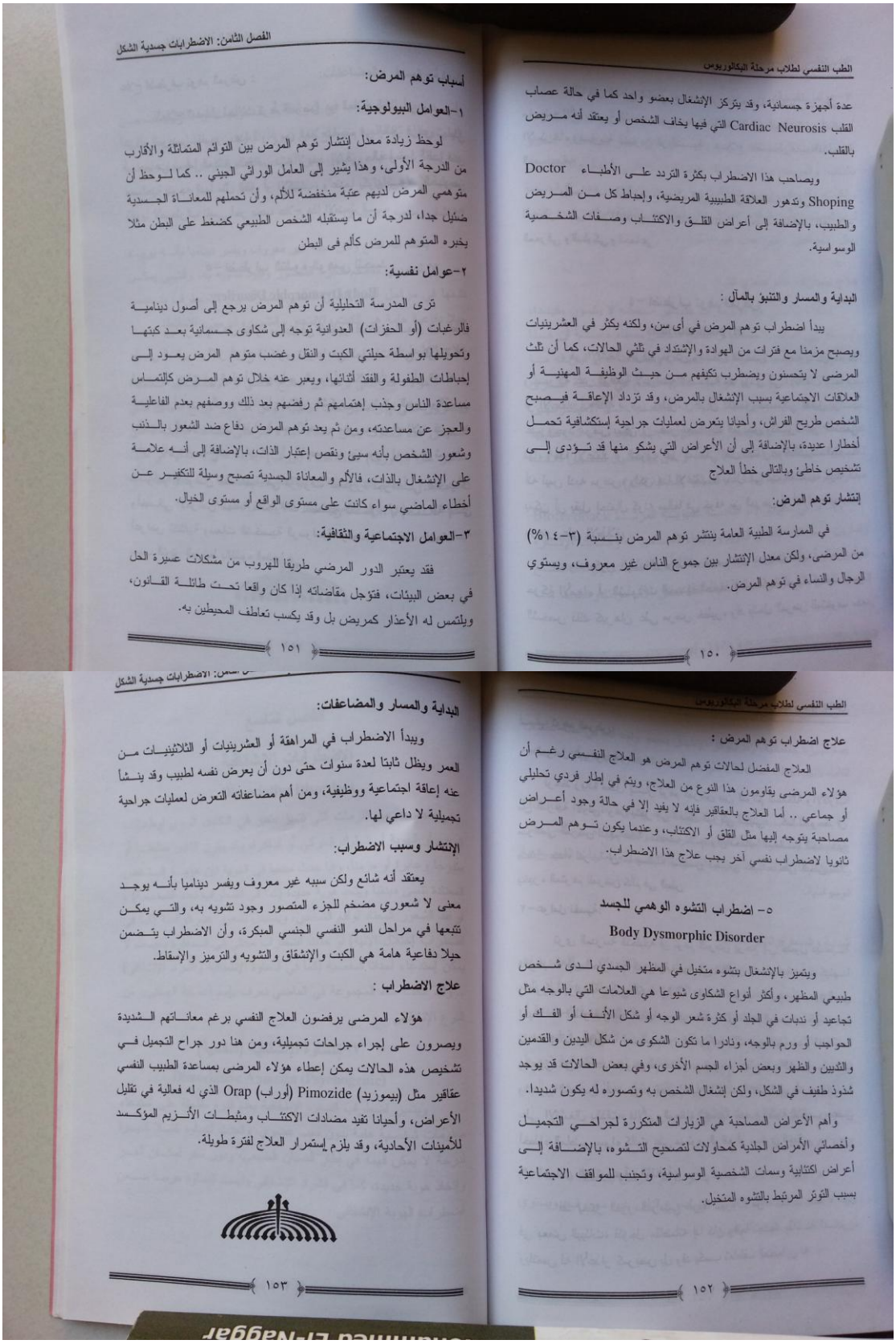
وأحيانا قد يلزم وضع هؤلاء المرضى في مستشفيات وفي برنامج للسيطرة على الألم (Pain Control Program) ، حيث يستخدم العلاج المعرفي والسلوكي والجماعي.

٤- اضطراب توهم المرض

Hypochondriasis

وهو الإنشغال الزائد بمرض وإنشغال الشخص بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسمانية مما يؤدي إلى الإنشغال بالخوف أو الإعتقاد أنه لديه مرض خطير، رغم أن الفحص الجسماني الدقيق يؤكد عدم وجود مرض يمكن أن يفسر إحساسات المريض وتفسيره غير المنطقي لها، وهذا الإعتقاد أو الخوف غير المنطقي يظل ثابتا رغم التأكيدات الطبية أنه ليس لديه مرض، ولكن هذا الإعتقاد لا يصل إلى شدة الضلال، حيث أنه يمكن أن يقبل إحتمال كونه مبالغا في خوفه من المرض أو أنه قد لا يوجد مرض على الإطلاق

وقد يكون الإنشغال بوظائف الجسم مثل ضربات القلب أو العرق أو حركة الأمعاء أو الشذوذات الجسدية الطفيفة (مثل الكحة البسيطة) حيث يفسر الشخص ذلك كبرهان على مرض خطير، وقد يشمل المرض المتخوف منه



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

عدة أجهزة جسمانية، وقد يتركز الإنشغال بعضو واحد كما في حالة عصاب القلب Cardiac Neurosis التي فيها يخاف الشخص أو يعتقد أنه مريض بالقلب.

ويصاحب هذا الاضطراب بكثرة التردد على الأطباء Doctor Shoping وتدهور العلاقة الطبيبية المريضية، وإحباط كل من المريض والطبيب، بالإضافة إلى أعراض القلق والاكتئاب وصفات الشخصية الوسواسية.

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ اضطراب توهم المرض في أي سن، ولكنه يكثر في العشرينيات ويصبح مزمنا مع فترات من الهوادة والإشتداد في ثلثي الحالات، كما أن ثلث المرضى لا يتحسنون ويضطرب تكيفهم من حيث الوظيفة المهنية أو العلاقات الاجتماعية بسبب الإنشغال بالمرض، وقد تزداد الإعاقة فيصبح الشخص طريح الفراش، وأحيانا يتعرض لعمليات جراحية إستكشافية تحمل أخطارا عديدة، بالإضافة إلى أن الأعراض التي يشكو منها قد تؤدي إلى تشخيص خاطئ وبالتالي خطأ العلاج

إنتشار توهم المرض:

في الممارسة الطبية العامة ينتشر توهم المرض بنسبة (٣-١٤%) من المرضى، ولكن معدل الإنتشار بين جموع الناس غير معروف، ويستوي الرجال والنساء في توهم المرض.

الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل

أسباب توهم المرض:

١-العوامل البيولوجية:

لوحظ زيادة معدل إنتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلة والأقارب من الدرجة الأولى، وهذا يشير إلى العامل الوراثي الجيني .. كما لوحظ أن متوهمي المرض لديهم عتبة منخفضة للألم، وأن تحملهم للمعاناة الجسدية ضئيل جدا، لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعي كضغط على البطن مثلا يخبره المتوهم للمرض كألم في البطن

٢-عوامل نفسية:

ترى المدرسة التحليلية أن توهم المرض يرجع إلى أصول دينامية فالرغبات (أو الحفزات) العدوانية توجه إلى شكاوى جسمانية بعد كبتها وتحويلها بواسطة حيلتي الكبت والنقل وغضب متوهم المرض يعود إلى إحباطات الطفولة والفقد أثنائها، ويعبر عنه خلال توهم المرض كإلتماس مساعدة الناس وجذب إهتمامهم ثم رفضهم بعد ذلك ووصفهم بعدم الفاعلية والعجز عن مساعدته، ومن ثم يعد توهم المرض دفاع ضد الشعور بالذنب وشعور الشخص بأنه سيئ ونقص إعتبار الذات، بالإضافة إلى أنه علامة على الإنشغال بالذات، فالألم والمعاناة الجسدية تصبح وسيلة للتكفير عن أخطاء الماضي سواء كانت على مستوى الواقع أو مستوى الخيال.

٣-العوامل الاجتماعية والثقافية:

فقد يعتبر الدور المرضي طريقا للهروب من مشكلات عسيرة الحل في بعض البيئات، فتؤجل مقاضاته إذا كان واقعا تحت طائلة القانون، ويلتمس له الأعذار كمريض بل وقد يكسب تعاطف المحيطين به.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

علاج اضطراب توهم المرض :

العلاج المفضل لحالات توهم المرض هو العلاج النفسي رغم أن هؤلاء المرضى يقاومون هذا النوع من العلاج، ويتم في إطار فردي تحليلي أو جماعي .. أما العلاج بالعقاقير فإنه لا يفيد إلا في حالة وجود أعراض مصاحبة يتوجه إليها مثل القلق أو الاكتئاب، وعندما يكون توهم المرض ثانويا لاضطراب نفسي آخر يجب علاج هذا الاضطراب.

٥- اضطراب التشوه الوهمي للجسد
Body Dysmorphic Disorder

ويتميز بالإنشغال بتشوه متخيل في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر، وأكثر أنواع الشكاوى شيوعا هي العلامات التي بالوجه مثل تجاعيد أو ندبات في الجلد أو كثرة شعر الوجه أو شكل الأنف أو الفك أو الحواجب أو ورم بالوجه، ونادرا ما تكون الشكوى من شكل اليدين والقدمين والثديين والظهر وبعض أجزاء الجسم الأخرى، وفي بعض الحالات قد يوجد شذوذ طفيف في الشكل، ولكن إنشغال الشخص به وتصوره له يكون شديدا.

وأهم الأعراض المصاحبة هي الزيارات المتكررة لجراحي التجميل وأخصائي الأمراض الجلدية كمحاولات لتصحيح التشوه، بالإضافة إلى أعراض اكتئابية وسمات الشخصية الوسواسية، وتجنب للمواقف الاجتماعية بسبب التوتر المرتبط بالتشوه المتخيل.

ن ... الاضطرابات جسدية الشكل

البداية والمسار والمضاعفات:

ويبدأ الاضطراب في المراهقة أو العشرينيات أو الثلاثينيات من العمر ويظل ثابتا لعدة سنوات حتى دون أن يعرض نفسه لطبيب وقد ينشأ عنه إعاقة اجتماعية ووظيفية، ومن أهم مضاعفاته التعرض لعمليات جراحية تجميلية لا داعي لها.

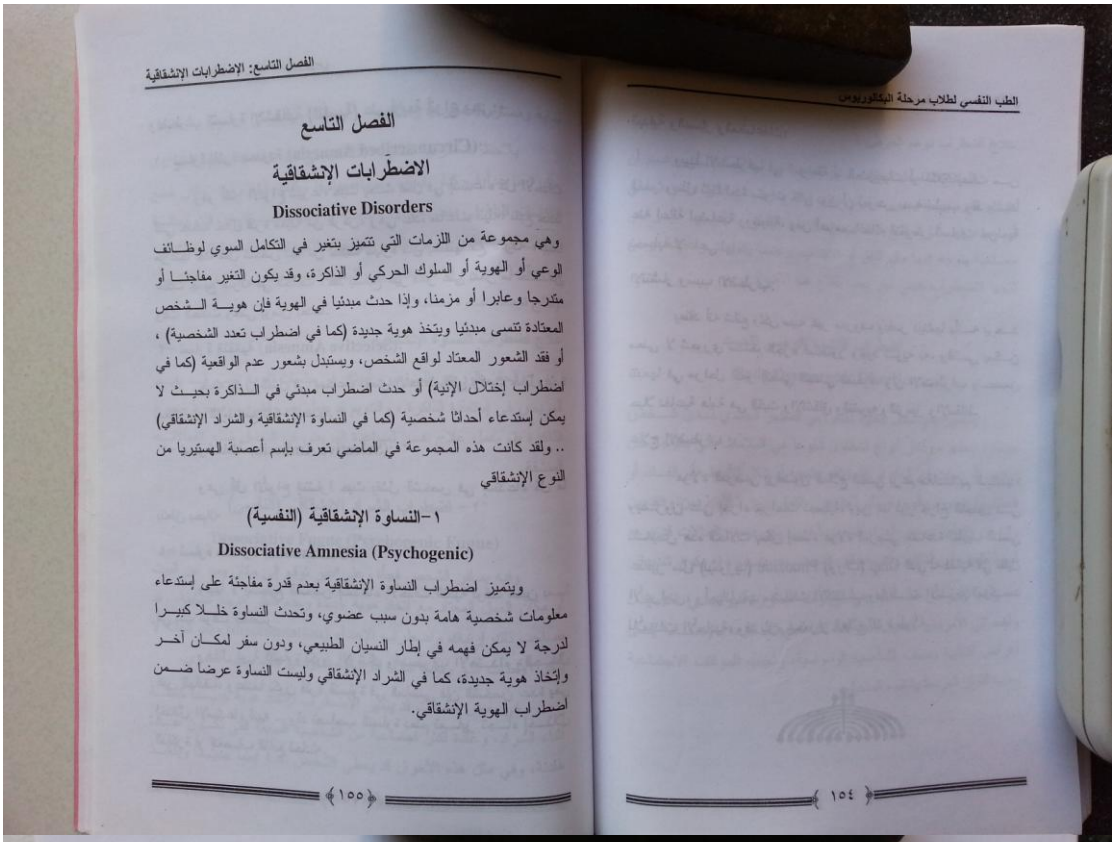
الإنتشار وسبب الاضطراب:

يعتقد أنه شائع ولكن سببه غير معروف ويفسر ديناميا بأنه يوجد معنى لا شعوري مضخم للجزء المتصور وجود تشويه به، والتي يمكن تتبعها في مراحل النمو النفسي الجنسي المبكرة، وأن الاضطراب يتضمن حيلا دفاعية هامة هي الكبت والإنشقاق والتشويه والترميز والإسقاط.

علاج الاضطراب :

هؤلاء المرضى يرفضون العلاج النفسي برغم معاناتهم الشديدة ويصرون على إجراء جراحات تجميلية، ومن هنا دور جراح التجميل في تشخيص هذه الحالات يمكن إعطاء هؤلاء المرضى بمساعدة الطبيب النفسي عقاقير مثل (بيموزيد) Pimozide (أوراب) Orap الذي له فعالية في تقليل الأعراض، وأحيانا تفيد مضادات الاكتئاب ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، وقد يلزم إستمرار العلاج لفترة طويلة.

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

١٥٤

الفصل التاسع: الاضطرابات الإنشقاقية

الفصل التاسع

الاضطَرابات الإنشقاقية

Dissociative Disorders

وهي مجموعة من اللزمات التي تتميز بتغير في التكامل السوي لوظائف الوعي أو الهوية أو السلوك الحركي أو الذاكرة، وقد يكون التغير مفاجئا أو متدرجا وعابرا أو مزمنا، وإذا حدث مبدئيا في الهوية فإن هوية الشخص المعتادة تنسى مبدئيا ويتخذ هوية جديدة (كما في اضطراب تعدد الشخصية) ، أو فقد الشعور المعتاد لواقع الشخص، ويستبدل بشعور عدم الواقعية (كما في اضطراب إختلال الإنية) أو حدث اضطراب مبدئي في الذاكرة بحيث لا يمكن إستدعاء أحداثا شخصية (كما في النساوة الإنشقاقية والشراد الإنشقاقي) .. ولقد كانت هذه المجموعة في الماضي تعرف بإسم أعصبة الهستيريا من النوع الإنشقاقي

١-النساوة الإنشقاقية (النفسية)

Dissociative Amnesia (Psychogenic)

ويتميز اضطراب النساوة الإنشقاقية بعدم قدرة مفاجئة على إستدعاء معلومات شخصية هامة بدون سبب عضوي، وتحدث النساوة خللا كبيرا لدرجة لا يمكن فهمه في إطار النسيان الطبيعي، ودون سفر لمكان آخر وإتخاذ هوية جديدة، كما في الشراد الإنشقاقي وليست النساوة عرضا ضمن اضطراب الهوية الإنشقاقي.

١٥٥

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

واضطراب النساوة الإنشقاقية (النفسية) على أربعة أنواع وهي:-

١- نساوة لفترة محدودة (Circumscribed Amnesia):

وهو أكثر الأنواع شيوعا، حيث يحدث فشل في إستدعاء كل الأحداث التي حدثت خلال فترة معينة من الزمن، وهي عادة ساعات قليلة، تتبع حادثا مزعجا جدا مثل شخص نجا من حادث سيارة كان يستقلها مع أسرته ، بينما هلكت جميع أسرته في الحادث ، فقد يصبح غير قادر على تذكر ما حدث من وقت الحادث وحتى يومان بعدها.

٢- نساوة إنتقائية (Selective Amnesia):

حيث يكون الفشل في إستدعاء بعض الأحداث التي وقعت خلال فترة معينة من الزمن مع تذكر بعضها.

٣- نساوة كاملة (Selective Amnesia):

وهى أقل الأنواع إنتشارا حيث يفشل الشخص في إستدعاء كل ما يتعلق بحياته

٤- نساوة مستمرة (Continuous):

وفيها لا يستطيع الشخص إستدعاء الأحداث التالية لوقت معين بما في ذلك الوقت الحاضر.

وخلال نوبة النساوة يكون الإرتباك واضطراب الإهتداء والجدال غير الهادف، وعندما تكون فترة النساوة في الماضي فإن الشخص عادة يعي إختلال الإستدعاء لديه .. وقد تصاحب النساوة بعدم تمايز تجاه إختلال الذاكرة أو إنعصاب التابع لحادثه.

١٥٦

الفصل التاسع: الاضطرابات الإنشقاقية

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يلاحظ اضطراب النساوة الإنشقاقية في المراهقة غالبا وبداية الرشد ، ونادرا ما يبدأ في كبار السن، وبدايته مفاجئة وكذلك الشفاء منه، ولكن مع إنتكاسات قليلة في بعض الحالات خاصة إذا وجد مكسب ثانوي، فإن الحالة قد تظل لوقت طويل، ومن المهم إسترجاع الذكريات المفقودة لدائرة الشعور بسرعة ما أمكن، وإلا فإن الذكريات المكبوتة سوف تكون نواة في اللاشعور لإنتاج نوبات نساوة مستقبلا

علاج اضطراب النساوة الإنشقاقية :

الحقن الوريدي للصوديوم أميتال في جلسات تفريغ نفسي قد يفيد المريض في إستعادة الذاكرة ، والتنويم قد يفعل نفس الشئ ، وبمجرد رجوع الذاكرة يتم عمل علاج نفسي لمساعدة المريض في التعامل مع إنفعالاته المنشقة.

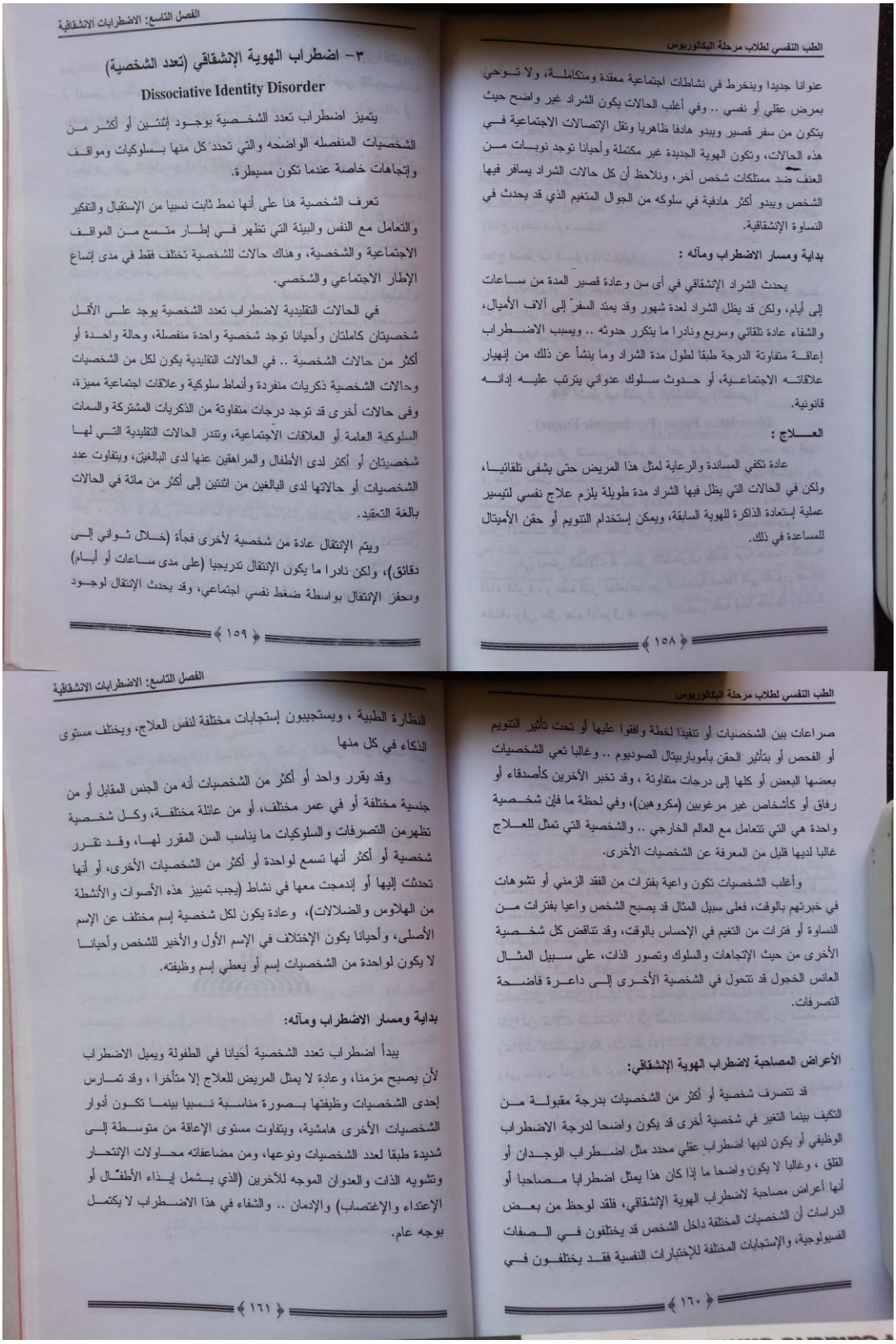
٢- اضطراب الشراد الإنشقاقي (النفسي)

Dissociative Fugue (Psychogenic Fugue)

وفيه يسافر الشخص فجأة وعلى غير توقع إلى مكان بعيد عن البيت أو مكان العمل المعتاد مع إتخاذ هوية جديدة وعدم تذكر هويته السابقة، وقد يصاحب ذلك إرتباك واضطراب الإهتداء (disorientation) وبعد شفائه لا يذكر الأحداث التي وقعت خلال فترة الشراد وليس لذلك سبب عضوي.

في بعض الحالات قد يتميز الاضطراب بإتخاذ هوية جديدة كاملة أثناء الشراد، وعادة أكثر اجتماعية من الشخصية السابقة التي تكون عادة هادئة، وفي مثل هذه الأحوال قد يعطي الشخص نفسه إسما جديدا ويتخذ

١٥٧



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

عنوانا جديدا وينخرط في نشاطات اجتماعية معقدة ومتكاملة، ولا توحي بمرض عقلي أو نفسي .. وفي أغلب الحالات يكون الشراد غير واضح حيث يتكون من سفر قصير ويبدو هادفا ظاهريا ونقل الإتصالات الاجتماعية في بتكون من سفر قصير ويبدو هادفا ظاهريا ونقل الإتصالات الاجتماعية في هذه الحالات، وتكون الهوية الجديدة غير مكتملة وأحيانا توجد نوبات من العنف ضد ممتلكات شخص آخر، ونلاحظ أن كل حالات الشراد يسافر فيها الشخص ويبدو أكثر هادفية في سلوكه من الجوال المتغيم الذي قد يحدث في النساوة الإنشقاقية.

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يحدث الشراد الإنشقاقي في أي سن وعادة قصير المدة من ساعات إلى أيام، ولكن قد يظل الشراد لعدة شهور وقد يمتد السفر إلى آلاف الأميال، والشفاء عادة تلقائي وسريع ونادرا ما يتكرر حدوثه .. ويسبب الاضطراب إعاقة متفاوتة الدرجة طبقا لطول مدة الشراد وما ينشأ عن ذلك من إنهيار علاقاته الاجتماعية، أو حدوث سلوك عدواني يترتب عليه إدانه قانونية.

العـــلاج :

عادة تكفي المساندة والرعاية لمثل هذا المريض حتى يشفى تلقائيا، ولكن في الحالات التي يظل فيها الشراد مدة طويلة يلزم علاج نفسي لتيسير عملية إستعادة الذاكرة للهوية السابقة، ويمكن إستخدام التنويم أو حقن الأميتال للمساعدة في ذلك.

الفصل التاسع: الاضطرابات الانشقاقية

٣- اضطراب الهوية الإنشقاقي (تعدد الشخصية)

Dissociative Identity Disorder

يتميز اضطراب تعدد الشخصية بوجود إثنين أو أكثر من الشخصيات المنفصله الواضحه والتي تحدد كل منها بسلوكيات ومواقف وإتجاهات خاصة عندما تكون مسيطرة.

تعرف الشخصية هنا على أنها نمط ثابت نسبيا من الإستقبال والتفكير والتعامل مع النفس والبيئة التي تظهر في إطار متسع من المواقف الاجتماعية والشخصية، وهناك حالات للشخصية تختلف فقط في مدى إتساع الإطار الاجتماعي والشخصي.

في الحالات التقليدية لاضطراب تعدد الشخصية يوجد على الأقل شخصيتان كاملتان وأحيانا توجد شخصية واحدة منفصلة، وحالة واحدة أو أكثر من حالات الشخصية .. في الحالات التقليدية يكون لكل من الشخصيات وحالات الشخصية ذكريات منفردة وأنماط سلوكية وعلاقات اجتماعية مميزة، وفي حالات أخرى قد توجد درجات متفاوتة من الذكريات المشتركة والسمات السلوكية العامة أو العلاقات الاجتماعية، وتندر الحالات التقليدية التي لها شخصيتان أو أكثر لدى الأطفال والمراهقين عنها لدى البالغين، ويتفاوت عدد الشخصيات أو حالاتها لدى البالغين من اثنتين إلى أكثر من مائة في الحالات بالغة التعقيد.

ويتم الإنتقال عادة من شخصية لأخرى فجأة (خلال ثواني إلى دقائق)، ولكن نادرا ما يكون الإنتقال تدريجيا (على مدى ساعات أو أيام) وتحفز الإنتقال بواسطة ضغط نفسي اجتماعي، وقد يحدث الإنتقال لوجود

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

صراعات بين الشخصيات أو تنفيذا لخطة وافقوا عليها أو تحت تأثير التنويم أو الفحص أو بتأثير الحقن بأموباربيتال الصوديوم .. وغالبا تعي الشخصيات بعضها البعض أو كلها إلى درجات متفاوتة ، وقد تخبر الآخرين كأصدقاء أو رفاق أو كأشخاص غير مرغوبين (مكروهين)، وفي لحظة ما فإن شخصية واحدة هي التي تتعامل مع العالم الخارجي .. والشخصية التي تمثل للعلاج غالبا لديها قليل من المعرفة عن الشخصيات الأخرى.

وأغلب الشخصيات تكون واعية بفترات من الفقد الزمني أو تشوهات في خبرتهم بالوقت، فعلى سبيل المثال قد يصبح الشخص واعيا بفترات من النساوة أو فترات من التغيم في الإحساس بالوقت، وقد تناقض كل شخصية الأخرى من حيث الإتجاهات والسلوك وتصور الذات، على سبيل المثال العانس الخجول قد تتحول في الشخصية الأخرى إلى داعرة فاضحة التصرفات.

الأعراض المصاحبة لاضطراب الهوية الإنشقاقي:

قد تتصرف شخصية أو أكثر من الشخصيات بدرجة مقبولة من التكيف بينما التغير في شخصية أخرى قد يكون واضحا لدرجة الاضطراب الوظيفي أو يكون لديها اضطراب عقلي محدد مثل اضطراب الوجدان أو القلق ، وغالبا لا يكون واضحا ما إذا كان هذا يمثل اضطرابا مصاحبا أو أنها أعراض مصاحبة لاضطراب الهوية الإنشقاقي، فلقد لوحظ من بعض الدراسات أن الشخصيات المختلفة داخل الشخص قد يختلفون في الصفات الفسيولوجية، والإستجابات المختلفة للإختبارات النفسية فقد يختلفون في

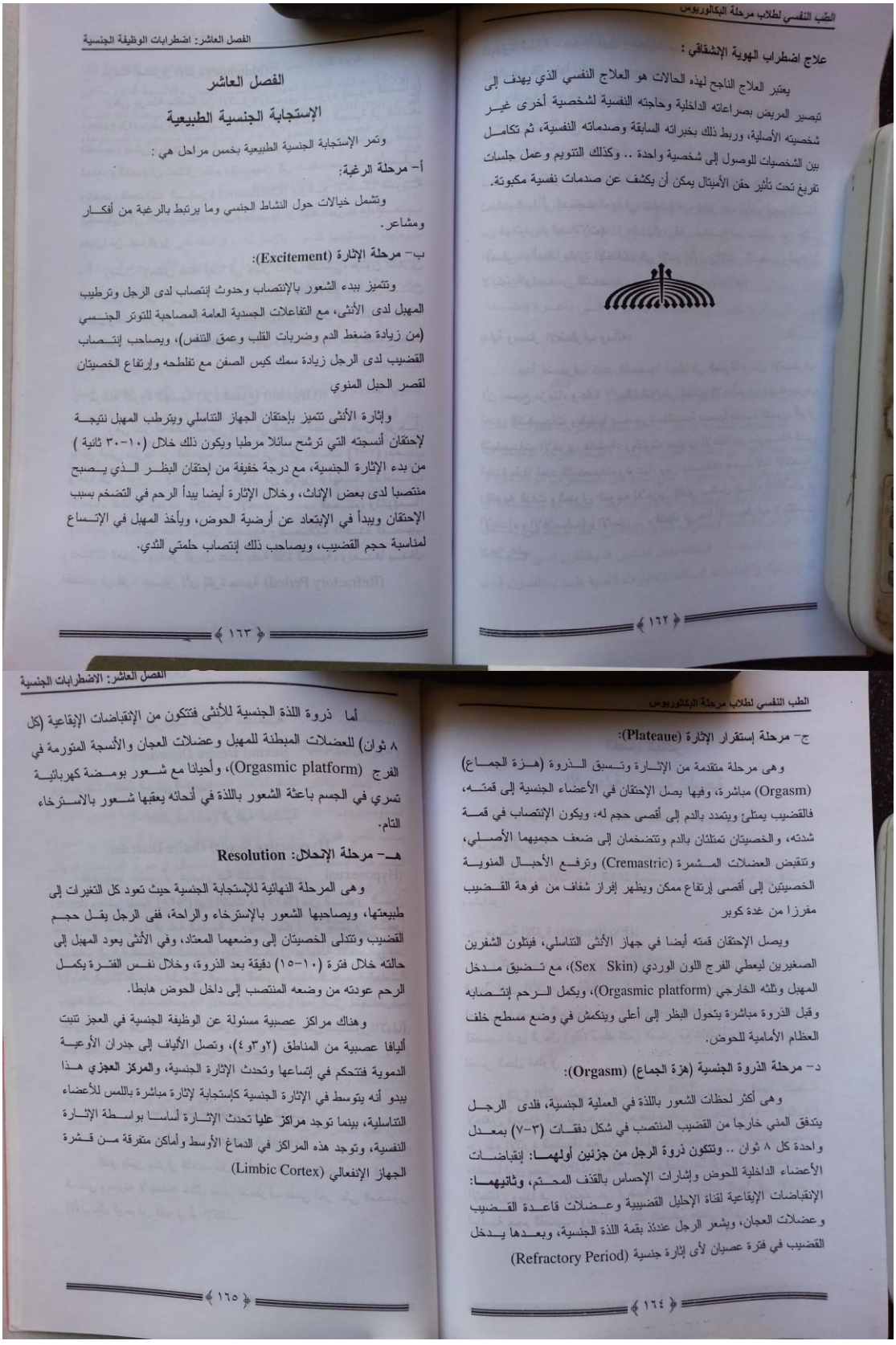
الفصل التاسع: الاضطرابات الانشقاقية

النظارة الطبية ، ويستجيبون إستجابات مختلفة لنفس العلاج، ويختلف مستوى الذكاء في كل منها

وقد يقرر واحد أو أكثر من الشخصيات أنه من الجنس المقابل أو من جنسية مختلفة أو في عمر مختلف، أو من عائلة مختلفة، وكل شخصية تظهر من التصرفات والسلوكيات ما يناسب السن المقرر لها، وقد تقرر شخصية أو أكثر أنها تسمع لواحدة أو أكثر من الشخصيات الأخرى، أو أنها تحدثت إليها أو إندمجت معها في نشاط (يجب تمييز هذه الأصوات والأنشطة من الهلاوس والضلالات)، وعادة يكون لكل شخصية إسم مختلف عن الإسم الأصلي، وأحيانا يكون الإختلاف في الإسم الأول والأخير للشخص وأحيانا لا يكون لواحدة من الشخصيات إسم أو يعطي إسم وظيفته.

بداية ومسار الاضطراب ومآله:

يبدأ اضطراب تعدد الشخصية أحيانا في الطفولة ويميل الاضطراب لأن يصبح مزمنا، وعادة لا يمثل المريض للعلاج إلا متأخرا ، وقد تمارس إحدى الشخصيات وظيفتها بصورة مناسبة نسبيا بينما تكون أدوار الشخصيات الأخرى هامشية، ويتفاوت مستوى الإعاقة من متوسطة إلى شديدة طبقا لعدد الشخصيات ونوعها، ومن مضاعفاته محاولات الإنتحار وتشويه الذات والعدوان الموجه للآخرين (الذي يشمل إيذاء الأطفال أو الإعتداء والإغتصاب) والإدمان .. والشفاء في هذا الاضطراب لا يكتمل بوجه عام.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

علاج اضطراب الهوية الإشقاقي :

يعتبر العلاج الناجح لهذه الحالات هو العلاج النفسي الذي يهدف إلى تبصير المريض بصراعاته الداخلية وحاجته النفسية لشخصية أخرى غير شخصيته الأصلية، وربط ذلك بخبراته السابقة وصدماته النفسية، ثم تكامل بين الشخصيات للوصول إلى شخصية واحدة .. وكذلك التنويم وعمل جلسات تفريغ تحت تأثير حقن الأميتال يمكن أن يكشف عن صدمات نفسية مكبوتة.

الفصل العاشر: اضطرابات الوظيفة الجنسية

الفصل العاشر

الإستجابة الجنسية الطبيعية

وتمر الإستجابة الجنسية الطبيعية بخمس مراحل هي :

أ- مرحلة الرغبة:

وتشمل خيالات حول النشاط الجنسي وما يرتبط بالرغبة من أفكار ومشاعر.

ب- مرحلة الإثارة (Excitement):

وتتميز ببدء الشعور بالإنتصاب وحدوث إنتصاب لدى الرجل وترطيب المهبل لدى الأنثى، مع التفاعلات الجسدية العامة المصاحبة للتوتر الجنسي (من زيادة ضغط الدم وضربات القلب وعمق التنفس)، ويصاحب إنتصاب القضيب لدى الرجل زيادة سمك كيس الصفن مع تقلصه وإرتفاع الخصيتان لقصر الحبل المنوي

وإثارة الأنثى تتميز بإحتقان الجهاز التناسلي وبترطب المهبل نتيجة لإحتقان أنسجته التي ترشح سائلا مرطبا ويكون ذلك خلال (١٠-٣٠ ثانية) من بدء الإثارة الجنسية، مع درجة خفيفة من إحتقان البظر الذي يصبح منتصبا لدى بعض الإناث، وخلال الإثارة أيضا يبدأ الرحم في التضخم بسبب الإحتقان ويبدأ في الإبتعاد عن أرضية الحوض، ويأخذ المهبل في الإتساع لمناسبة حجم القضيب، ويصاحب ذلك إنتصاب حلمتي الثدي.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ج- مرحلة إستقرار الإثارة (Plateaue):

وهي مرحلة متقدمة من الإثارة وتسبق الذروة (هزة الجماع) (Orgasm) مباشرة، وفيها يصل الإحتقان في الأعضاء الجنسية إلى قمته، فالقضيب يمتلئ ويتمدد بالدم إلى أقصى حجم له، ويكون الإنتصاب في قمة شدته، والخصيتان تمتلئان بالدم وتتضخمان إلى ضعف حجميهما الأصلي، وتنقبض العضلات المشمرة (Cremastric) وترفع الأحبال المنوية الخصيتين إلى أقصى إرتفاع ممكن ويظهر إفراز شفاف من فوهة القضيب مفرزا من غدة كوبر

ويصل الإحتقان قمته أيضا في جهاز الأنثى التناسلي، فيتلون الشفرين الصغيرين ليعطي الفرج اللون الوردي (Sex Skin)، مع تضيق مدخل المهبل وثلثه الخارجي (Orgasmic platform)، ويكمل الرحم إنتصابه وقبل الذروة مباشرة يتحول البظر إلى أعلى ويتكمش في وضع مسطح خلف العظام الأمامية للحوض.

د- مرحلة الذروة الجنسية (هزة الجماع) (Orgasm):

وهي أكثر لحظات الشعور باللذة في العملية الجنسية، فلدى الرجل يتدفق المني خارجا من القضيب المنتصب في شكل دفقات (٣-٧) بمعدل واحدة كل ٨ ثوان .. **وتتكون ذروة الرجل من جزئين أولهما:** إنقباضات الأعضاء الداخلية للحوض وإشارات الإحساس بالقذف المحتم، **وثانيهما:** الإنقباضات الإيقاعية لقناة الإحليل القضيبية وعضلات قاعدة القضيب وعضلات العجان، ويشعر الرجل عندئذ بقمة اللذة الجنسية، وبعدها يدخل القضيب في فترة عصيان لأى إثارة جنسية (Refractory Period)

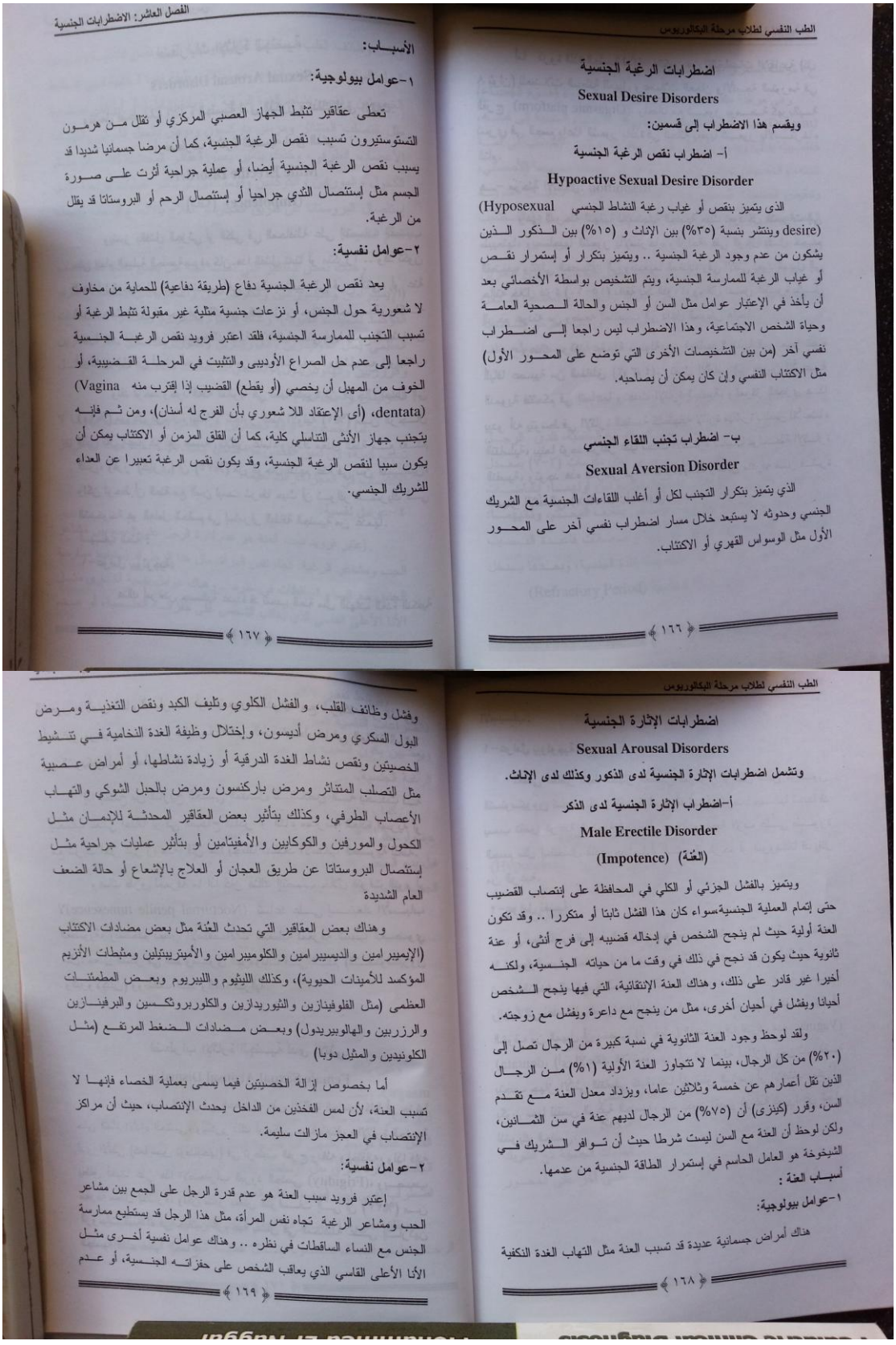
الفصل العاشر: الاضطرابات الجنسية

أما ذروة اللذة الجنسية للأنثى فتتكون من الإنقباضات الإيقاعية (كل ٨ ثوان) للعضلات المبطنة للمهبل وعضلات العجان والأنسجة المتورمة في الفرج (Orgasmic platform)، وأحيانا مع شعور بومضة كهربائية تسري في الجسم باعثة الشعور باللذة في أنحائه يعقبها شعور بالاسترخاء التام.

هـ- مرحلة الإنحلال: Resolution

وهي المرحلة النهائية للإستجابة الجنسية حيث تعود كل التغيرات إلى طبيعتها، ويصاحبها الشعور بالإسترخاء والراحة، ففي الرجل يقل حجم القضيب وتتدلى الخصيتان إلى وضعهما المعتاد، وفي الأنثى يعود المهبل إلى حالته خلال فترة (١٠-١٥) دقيقة بعد الذروة، وخلال نفس الفترة يكمل الرحم عودته من وضعه المنتصب إلى داخل الحوض هابطا.

وهناك مراكز عصبية مسئولة عن الوظيفة الجنسية في العجز تنبت ألياف عصبية من المناطق (٢و٣و٤)، وتصل الألياف إلى جدران الأوعية الدموية فتتحكم في إتساعها وتحدث الإثارة الجنسية، **والمركز العجزي** هذا يبدو أنه يتوسط في الإثارة الجنسية كإستجابة لإثارة مباشرة باللمس للأعضاء التناسلية، بينما توجد **مراكز عليا** تحدث الإثارة أساسا بواسطة الإثارة النفسية، وتوجد هذه المراكز في الدماغ الأوسط وأماكن متفرقة من قشرة الجهاز الإنفعالي (Limbic Cortex)



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

اضطرابات الرغبة الجنسية

Sexual Desire Disorders

ويقسم هذا الاضطراب إلى قسمين:

أ- اضطراب نقص الرغبة الجنسية

Hypoactive Sexual Desire Disorder

الذى يتميز بنقص أو غياب رغبة النشاط الجنسي (Hyposexual desire) وينتشر بنسبة (٣٥%) بين الإناث و (١٥%) بين الذكور الذين يشكون من عدم وجود الرغبة الجنسية .. ويتميز بتكرار أو إستمرار نقص أو غياب الرغبة للممارسة الجنسية، ويتم التشخيص بواسطة الأخصائي بعد أن يأخذ في الإعتبار عوامل مثل السن أو الجنس والحالة الصحية العامة وحياة الشخص الاجتماعية، وهذا الاضطراب ليس راجعا إلى اضطراب نفسي آخر (من بين التشخيصات الأخرى التي توضع على المحور الأول) مثل الاكتئاب النفسي وإن كان يمكن أن يصاحبه.

ب- اضطراب تجنب اللقاء الجنسي

Sexual Aversion Disorder

الذي يتميز بتكرار التجنب لكل أو أغلب اللقاءات الجنسية مع الشريك الجنسي وحدوثه لا يستبعد خلال مسار اضطراب نفسي آخر على المحور الأول مثل الوسواس القهري أو الاكتئاب.

الفصل العاشر: الاضطرابات الجنسية

الأسباب:

١-عوامل بيولوجية:

تعطى عقاقير تثبط الجهاز العصبي المركزي أو تقلل من هرمون التستوستيرون تسبب نقص الرغبة الجنسية، كما أن مرضا جسمانيا شديدا قد يسبب نقص الرغبة الجنسية أيضا، أو عملية جراحية أثرت على صورة الجسم مثل إستئصال الثدي جراحيا أو إستئصال الرحم أو البروستاتا قد يقلل من الرغبة.

٢-عوامل نفسية:

يعد نقص الرغبة الجنسية دفاع (طريقة دفاعية) للحماية من مخاوف لا شعورية حول الجنس، أو نزعات جنسية مثلية غير مقبولة تثبط الرغبة أو تسبب التجنب للممارسة الجنسية، فلقد اعتبر فرويد نقص الرغبة الجنسية راجعا إلى عدم حل الصراع الأوديبى والتثبيت في المرحلة القضيبية، أو الخوف من المهبل أن يخصي (أو يقطع) القضيب إذا إقترب منه (Vagina dentata)، (أى الإعتقاد اللا شعوري بأن الفرج له أسنان)، ومن ثم فإنه يتجنب جهاز الأنثى التناسلي كلية، كما أن القلق المزمن أو الاكتئاب يمكن أن يكون سببا لنقص الرغبة الجنسية، وقد يكون نقص الرغبة تعبيرا عن العداء للشريك الجنسي.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

اضطرابات الإثارة الجنسية

Sexual Arousal Disorders

وتشمل اضطرابات الإثارة الجنسية لدى الذكور وكذلك لدى الإناث.

أ-اضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكر

Male Erectile Disorder

(الغنة) (Impotence)

ويتميز بالفشل الجزئي أو الكلي في المحافظة على إنتصاب القضيب حتى إتمام العملية الجنسية سواء كان هذا الفشل ثابتا أو متكررا .. وقد تكون العنة أولية حيث لم ينجح الشخص في إدخاله قضيبه إلى فرج أنثى، أو عنة ثانوية حيث يكون قد نجح في ذلك في وقت ما من حياته الجنسية، ولكنه أخيرا غير قادر على ذلك، وهناك العنة الإنتقائية، التي فيها ينجح الشخص أحيانا ويفشل في أحيان أخرى، مثل من ينجح مع داعرة ويفشل مع زوجته.

ولقد لوحظ وجود العنة الثانوية في نسبة كبيرة من الرجال تصل إلى (٢٠%) من كل الرجال، بينما لا تتجاوز العنة الأولية (١%) من الرجال الذين تقل أعمارهم عن خمسة وثلاثين عاما، ويزداد معدل العنة مع تقدم السن، وقرر (كينزى) أن (٧٥%) من الرجال لديهم عنة في سن الثمانين، ولكن لوحظ أن العنة مع السن ليست شرطا حيث أن توافر الشريك في الشيخوخة هو العامل الحاسم في إستمرار الطاقة الجنسية من عدمها.

أسباب العنة :

١-عوامل بيولوجية:

هناك أمراض جسمانية عديدة قد تسبب العنة مثل التهاب الغدة النكفية

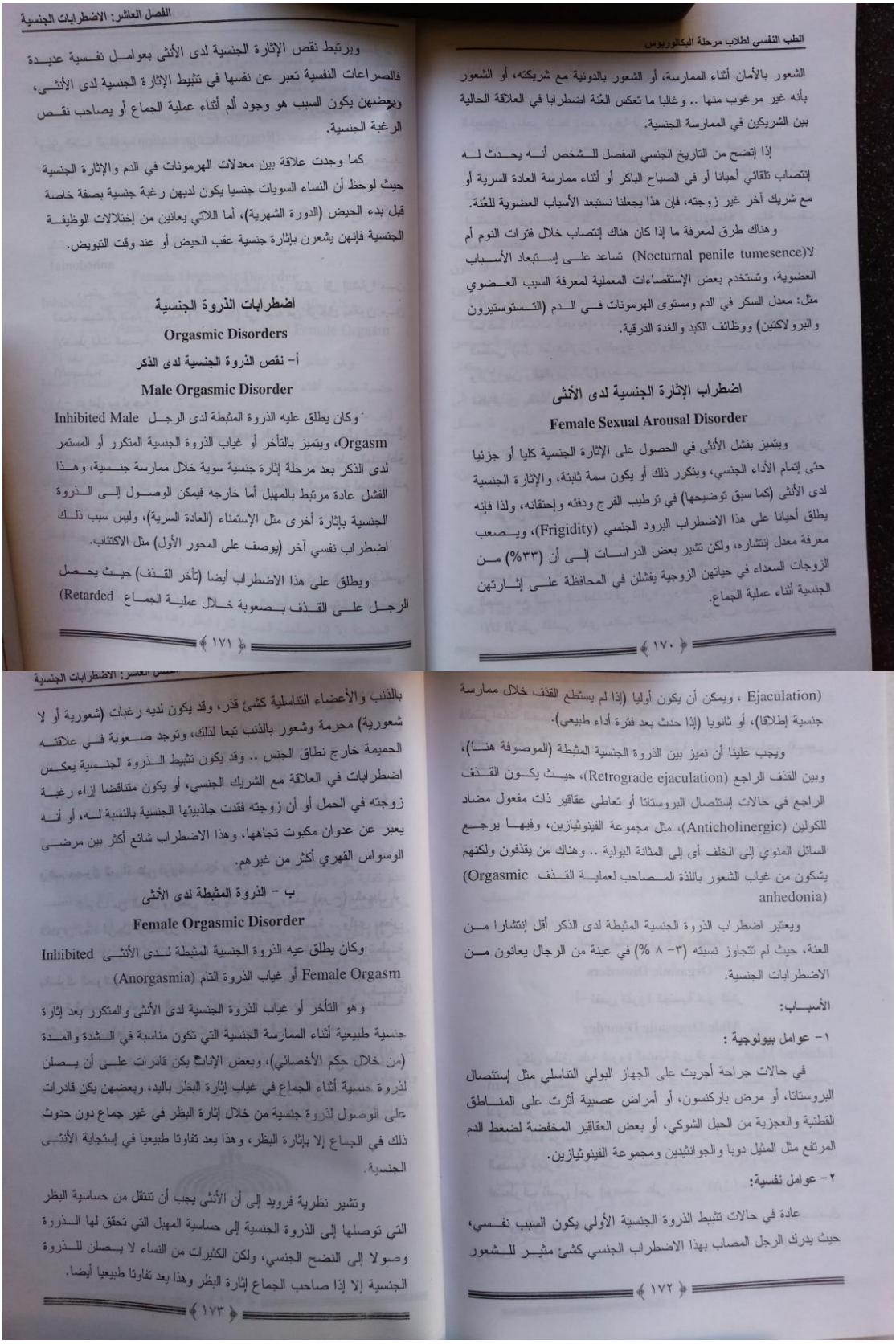
وفشل وظائف القلب، والفشل الكلوي وتليف الكبد ونقص التغذية ومرض البول السكري ومرض أديسون، وإختلال وظيفة الغدة النخامية في تنشيط الخصيتين ونقص نشاط الغدة الدرقية أو زيادة نشاطها، أو أمراض عصبية مثل التصلب المتناثر ومرض باركنسون ومرض بالحبل الشوكي والتهاب الأعصاب الطرفي، وكذلك بتأثير بعض العقاقير المحدثة للإدمان مثل الكحول والمورفين والكوكايين والأمفيتامين أو بتأثير عمليات جراحية مثل إستئصال البروستاتا عن طريق العجان أو العلاج بالإشعاع أو حالة الضعف العام الشديدة

وهناك بعض العقاقير التي تحدث العُنة مثل بعض مضادات الاكتئاب (الإيميبرامين والديسيبرامين والكلوميبرامين والأميتريبتيلين ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الحيوية)، وكذلك الليثيوم والليبريوم وبعض المطمئنات العظمى (مثل الفلوفينازين والثيوريدازين والكلوربروتكسين والبرفينازين والرزربين والهالوبيريدول) وبعض مضادات الضغط المرتفع (مثل الكلونيدين والمثيل دوبا)

أما بخصوص إزالة الخصيتين فيما يسمى بعملية الخصاء فإنها لا تسبب العنة، لأن لمس الفخذين من الداخل يحدث الإنتصاب، حيث أن مراكز الإنتصاب في العجز مازالت سليمة.

٢-عوامل نفسية:

إعتبر فرويد سبب العنة هو عدم قدرة الرجل على الجمع بين مشاعر الحب ومشاعر الرغبة تجاه نفس المرأة، مثل هذا الرجل قد يستطيع ممارسة الجنس مع النساء الساقطات في نظره .. وهناك عوامل نفسية أخرى مثل الأنا الأعلى القاسي الذي يعاقب الشخص على حفزاته الجنسية، أو عدم



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الشعور بالأمان أثناء الممارسة، أو الشعور بالدونية مع شريكته، أو الشعور بأنه غير مرغوب منها .. وغالبا ما تعكس العُنة اضطرابا في العلاقة الحالية بين الشريكين في الممارسة الجنسية.

إذا إتضح من التاريخ الجنسي المفصل للشخص أنه يحدث له إنتصاب تلقائي أحيانا أو في الصباح الباكر أو أثناء ممارسة العادة السرية أو مع شريك آخر غير زوجته، فإن هذا يجعلنا نستبعد الأسباب العضوية للعُنة.

وهناك طرق لمعرفة ما إذا كان هناك إنتصاب خلال فترات النوم أم لا(Nocturnal penile tumesence) تساعد على إستبعاد الأسباب العضوية، وتستخدم بعض الإستقصاءات المعملية لمعرفة السبب العضوي مثل: معدل السكر في الدم ومستوى الهرمونات في الدم (التستوستيرون والبرولاكتين) ووظائف الكبد والغدة الدرقية.

اضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى

Female Sexual Arousal Disorder

ويتميز بفشل الأنثى في الحصول على الإثارة الجنسية كليا أو جزئيا حتى إتمام الأداء الجنسي، ويتكرر ذلك أو يكون سمة ثابتة، والإثارة الجنسية لدى الأنثى (كما سبق توضيحها) في ترطيب الفرج ودفئه وإحتقانه، ولذا فإنه يطلق أحيانا على هذا الاضطراب البرود الجنسي (Frigidity)، ويصعب معرفة معدل إنتشاره، ولكن تشير بعض الدراسات إلى أن (٣٣%) من الزوجات السعداء في حياتهن الزوجية يفشلن في المحافظة على إثارتهن الجنسية أثناء عملية الجماع.

الفصل العاشر: الاضطرابات الجنسية

ويرتبط نقص الإثارة الجنسية لدى الأنثى بعوامل نفسية عديدة فالصراعات النفسية تعبر عن نفسها في تثبيط الإثارة الجنسية لدى الأنثى، وبعضهن يكون السبب هو وجود ألم أثناء عملية الجماع أو يصاحب نقص الرغبة الجنسية.

كما وجدت علاقة بين معدلات الهرمونات في الدم والإثارة الجنسية حيث لوحظ أن النساء السويات جنسيا يكون لديهن رغبة جنسية بصفة خاصة قبل بدء الحيض (الدورة الشهرية)، أما اللاتي يعانين من إختلالات الوظيفة الجنسية فإنهن يشعرن بإثارة جنسية عقب الحيض أو عند وقت التبويض.

اضطرابات الذروة الجنسية

Orgasmic Disorders

أ- نقص الذروة الجنسية لدى الذكر

Male Orgasmic Disorder

وكان يطلق عليه الذروة المثبطة لدى الرجل Inhibited Male Orgasm، ويتميز بالتأخر أو غياب الذروة الجنسية المتكرر أو المستمر لدى الذكر بعد مرحلة إثارة جنسية سوية خلال ممارسة جنسية، وهذا الفشل عادة مرتبط بالمهبل أما خارجه فيمكن الوصول إلى الذروة الجنسية بإثارة أخرى مثل الإستمناء (العادة السرية)، وليس سبب ذلك اضطراب نفسي آخر (يوصف على المحور الأول) مثل الاكتئاب.

ويطلق على هذا الاضطراب أيضا (تأخر القذف) حيث يحصل الرجل على القذف بصعوبة خلال عملية الجماع (Retarded

(Ejaculation ، ويمكن أن يكون أوليا (إذا لم يستطع القذف خلال ممارسة جنسية إطلاقا)، أو ثانويا (إذا حدث بعد فترة أداء طبيعي).

ويجب علينا أن نميز بين الذروة الجنسية المثبطة (الموصوفة هنا)، وبين القذف الراجع (Retrograde ejaculation)، حيث يكون القذف الراجع في حالات إستئصال البروستاتا أو تعاطي عقاقير ذات مفعول مضاد للكولين (Anticholinergic)، مثل مجموعة الفينوثيازين، وفيها يرجع السائل المنوي إلى الخلف أي إلى المثانة البولية .. وهناك من يقذفون ولكنهم يشكون من غياب الشعور باللذة المصاحب لعملية القذف (Orgasmic anhedonia)

ويعتبر اضطراب الذروة الجنسية المثبطة لدى الذكر أقل إنتشارا من العنة، حيث لم تتجاوز نسبته (٣- ٨ %) في عينة من الرجال يعانون من الاضطرابات الجنسية.

الأسباب:

١- عوامل بيولوجية :

في حالات جراحة أجريت على الجهاز البولي التناسلي مثل إستئصال البروستاتا، أو مرض باركنسون، أو أمراض عصبية أثرت على المناطق القطنية والعجزية من الحبل الشوكي، أو بعض العقاقير المخفضة لضغط الدم المرتفع مثل المثيل دوبا والجوانثيدين ومجموعة الفينوثيازين.

٢- عوامل نفسية:

عادة في حالات تثبيط الذروة الجنسية الأولي يكون السبب نفسي، حيث يدرك الرجل المصاب بهذا الاضطراب الجنسي كشئ مثير للشعور

الفصل العاشر: الاضطرابات الجنسية

بالذنب والأعضاء التناسلية كشئ قذر، وقد يكون لديه رغبات (شعورية أو لا شعورية) محرمة وشعور بالذنب تبعا لذلك، وتوجد صعوبة في علاقته الحميمة خارج نطاق الجنس .. وقد يكون تثبيط الذروة الجنسية يعكس اضطرابات في العلاقة مع الشريك الجنسي، أو يكون متناقضا إزاء رغبة زوجته في الحمل أو أن زوجته فقدت جاذبيتها الجنسية بالنسبة له، أو أنه يعبر عن عدوان مكبوت تجاهها، وهذا الاضطراب شائع أكثر بين مرضى الوسواس القهري أكثر من غيرهم.

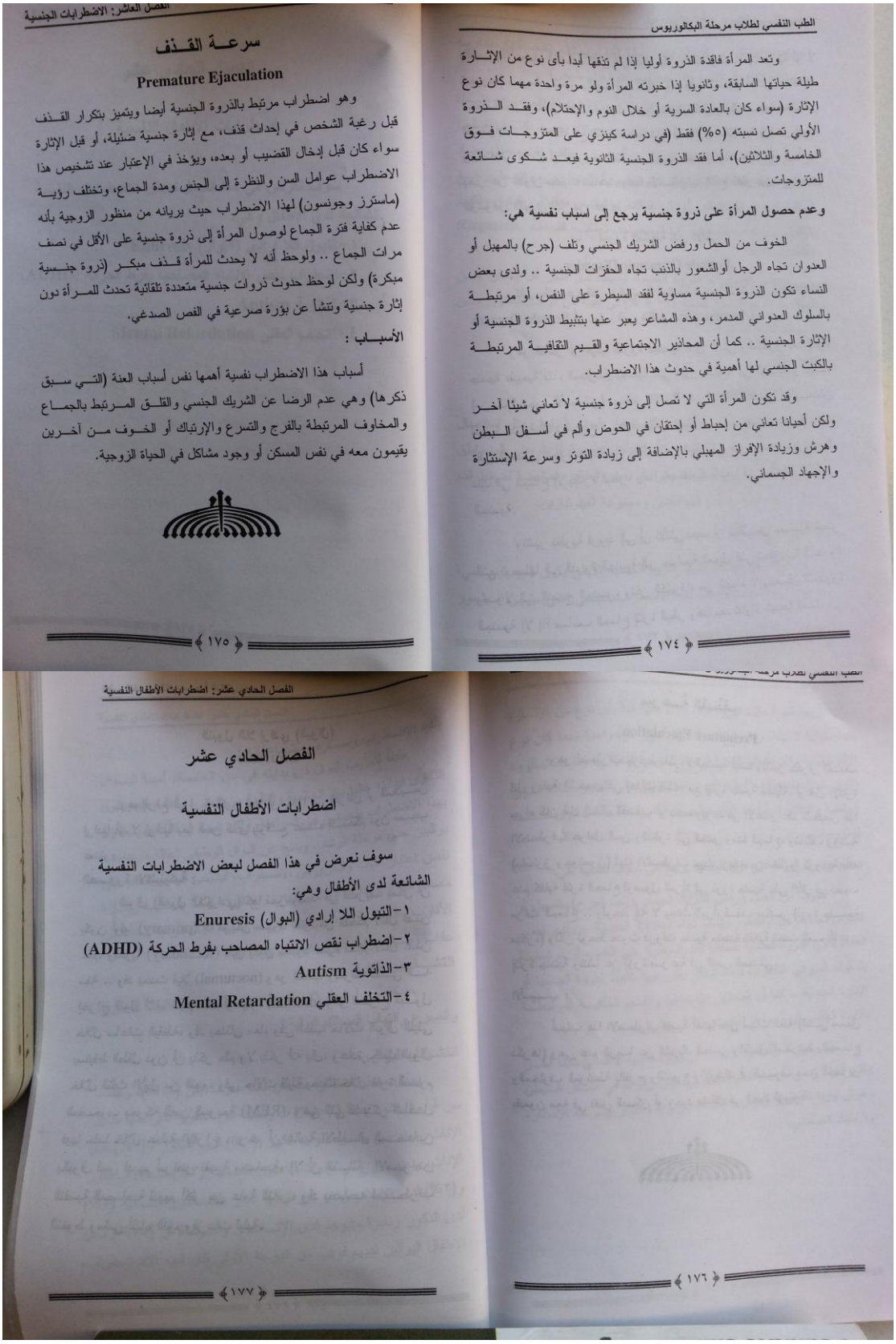
ب - الذروة المثبطة لدى الأنثى

Female Orgasmic Disorder

وكان يطلق عيه الذروة الجنسية المثبطة لدى الأنثى Inhibited Female Orgasm أو غياب الذروة التام (Anorgasmia)

وهو التأخر أو غياب الذروة الجنسية لدى الأنثى والمتكرر بعد إثارة جنسية طبيعية أثناء الممارسة الجنسية التي تكون مناسبة في الشدة والمدة (من خلال حكم الأخصائي)، وبعض الإناث يكن قادرات على أن يصلن لذروة جنسية أثناء الجماع في غياب إثارة البظر باليد، وبعضهن يكن قادرات على الوصول لذروة جنسية من خلال إثارة البظر في غير جماع دون حدوث ذلك في الجماع إلا بإثارة البظر، وهذا يعد تفاوتا طبيعيا في إستجابة الأنثى الجنسية.

وتشير نظرية فرويد إلى أن الأنثى يجب أن تنتقل من حساسية البظر التي توصلها إلى الذروة الجنسية إلى حساسية المهبل التي تحقق لها الذروة وصولا إلى النضج الجنسي، ولكن الكثيرات من النساء لا يصلن للذروة الجنسية إلا إذا صاحب الجماع إثارة البظر وهذا يعد تفاوتا طبيعيا أيضا.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

وتعد المرأة فاقدة الذروة أوليا إذا لم تتقها أبدا بأى نوع من الإثـارة طيلة حياتها السابقة، وثانويا إذا خبرته المرأة ولو مرة واحدة مهما كان نوع الإثارة (سواء كان بالعادة السرية أو خلال النوم والإحتلام)، وفقـد الـذروة الأولي تصل نسبته (٥%) فقط (في دراسة كينزي على المتزوجـات فـوق الخامسة والثلاثين)، أما فقد الذروة الجنسية الثانوية فيعـد شـكوى شـائعة للمتزوجات.

وعدم حصول المرأة على ذروة جنسية يرجع إلى اسباب نفسية هي:

الخوف من الحمل ورفض الشريك الجنسي وتلف (جرح) بالمهبل أو العدوان تجاه الرجل أوالشعور بالذنب تجاه الحفزات الجنسية .. ولدى بعض النساء تكون الذروة الجنسية مساوية لفقد السيطرة على النفس، أو مرتبطـة بالسلوك العدواني المدمر، وهذه المشاعر يعبر عنها بتثبيط الذروة الجنسية أو الإثارة الجنسية .. كما أن المحاذير الاجتماعية والقـيم الثقافيـة المرتبطـة بالكبت الجنسي لها أهمية في حدوث هذا الاضطراب.

وقد تكون المرأة التي لا تصل إلى ذروة جنسية لا تعاني شيئا آخـر ولكن أحيانا تعاني من إحباط أو إحتقان في الحوض وألم في أسـفل الـبطن وهرش وزيادة الإفراز المهبلي بالإضافة إلى زيادة التوتر وسرعة الإستثارة والإجهاد الجسماني.

الفصل العاشر: الاضطرابات الجنسية

سرعـة القـذف

Premature Ejaculation

وهو اضطراب مرتبط بالذروة الجنسية أيضا ويتميز بتكرار القـذف قبل رغبة الشخص في إحداث قذف، مع إثارة جنسية ضئيلة، أو قبل الإثارة سواء كان قبل إدخال القضيب أو بعده، ويؤخذ في الإعتبار عند تشخيص هذا الاضطراب عوامل السن والنظرة إلى الجنس ومدة الجماع، وتختلف رؤيـة (ماسترز وجونسون) لهذا الاضطراب حيث يريانه من منظور الزوجية بأنه عدم كفاية فترة الجماع لوصول المرأة إلى ذروة جنسية على الأقل في نصف مرات الجماع .. ولوحظ أنه لا يحدث للمرأة قـذف مبكـر (ذروة جنـسية مبكرة) ولكن لوحظ حدوث ذروات جنسية متعددة تلقائية تحدث للمـرأة دون إثارة جنسية وتنشأ عن بؤرة صرعية في الفص الصدغي.

الأسبـاب :

أسباب هذا الاضطراب نفسية أهمها نفس أسباب العنة (التـي سـبق ذكرها) وهي عدم الرضا عن الشريك الجنسي والقلـق المـرتبط بالجمـاع والمخاوف المرتبطة بالفرج والتسرع والإرتباك أو الخـوف مـن آخـرين يقيمون معه في نفس المسكن أو وجود مشاكل في الحياة الزوجية.

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

الفصل الحادي عشر

اضطرابات الأطفال النفسية

سوف نعرض في هذا الفصل لبعض الاضطرابات النفسية الشائعة لدى الأطفال وهي:

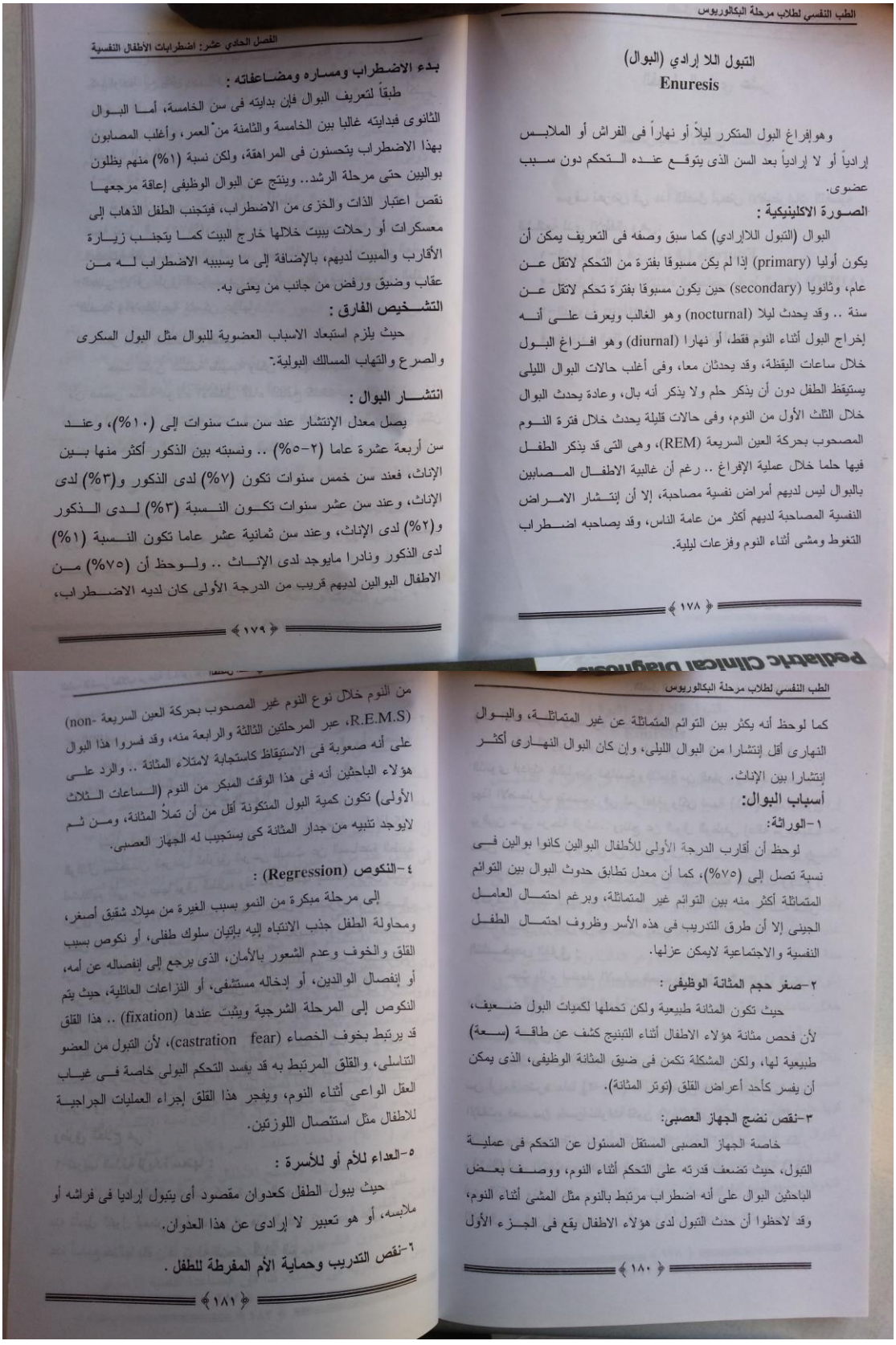
١- التبول اللا إرادي (البوال) Enuresis

٢- اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة (ADHD)

٣- الذاتوية Autism

٤- التخلف العقلي Mental Retardation

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

التبول اللا إرادي (البوال)
Enuresis

وهوإفراغ البول المتكرر ليلاً أو نهاراً في الفراش أو الملابس إرادياً أو لا إرادياً بعد السن الذى يتوقع عنده التحكم دون سبب عضوى.

الصورة الاكلينيكية :

البوال (التبول اللاإرادي) كما سبق وصفه فى التعريف يمكن أن يكون أوليا (primary) إذا لم يكن مسبوقا بفترة من التحكم لاتقل عن عام، وثانويا (secondary) حين يكون مسبوقا بفترة تحكم لاتقل عن سنة .. وقد يحدث ليلا (nocturnal) وهو الغالب ويعرف على أنه إخراج البول أثناء النوم فقط، أو نهارا (diurnal) وهو افراغ البول خلال ساعات اليقظة، وقد يحدثان معا، وفى أغلب حالات البوال الليلى يستيقظ الطفل دون أن يذكر حلم ولا يذكر أنه بال، وعادة يحدث البوال خلال الثلث الأول من النوم، وفى حالات قليلة يحدث خلال فترة النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM)، وهى التى قد يذكر الطفل فيها حلما خلال عملية الإفراغ .. رغم أن غالبية الاطفال المصابين بالبوال ليس لديهم أمراض نفسية مصاحبة، إلا أن إنتشار الامراض النفسية المصاحبة لديهم أكثر من عامة الناس، وقد يصاحبه اضطراب التغوط ومشى أثناء النوم وفزعات ليلية.

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

بدء الاضطراب ومساره ومضاعفاته :

طبقاً لتعريف البوال فإن بدايته فى سن الخامسة، أما البوال الثانوى فبدايته غالبا بين الخامسة والثامنة من العمر، وأغلب المصابون بهذا الاضطراب يتحسنون فى المراهقة، ولكن نسبة (١%) منهم يظلون بواليين حتى مرحلة الرشد.. وينتج عن البوال الوظيفى إعاقة مرجعها نقص اعتبار الذات والخزى من الاضطراب، فيتجنب الطفل الذهاب إلى معسكرات أو رحلات يبيت خلالها خارج البيت كما يتجنب زيارة الأقارب والمبيت لديهم، بالإضافة إلى ما يسببه الاضطراب له من عقاب وضيق ورفض من جانب من يعنى به.

التشخيص الفارق :

حيث يلزم استبعاد الاسباب العضوية للبوال مثل البول السكرى والصرع والتهاب المسالك البولية.

انتشار البوال :

يصل معدل الإنتشار عند سن ست سنوات إلى (١٠%)، وعند سن أربعة عشرة عاما (٢-٥%) .. ونسبته بين الذكور أكثر منها بين الإناث، فعند سن خمس سنوات تكون (٧%) لدى الذكور و(٣%) لدى الإناث، وعند سن عشر سنوات تكون النسبة (٣%) لدى الذكور و(٢%) لدى الإناث، وعند سن ثمانية عشر عاما تكون النسبة (١%) لدى الذكور ونادرا مايوجد لدى الإناث .. ولوحظ أن (٧٥%) من الاطفال البواليين لديهم قريب من الدرجة الأولى كان لديه الاضطراب،

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

كما لوحظ أنه يكثر بين التوائم المتماثلة عن غير المتماثلة، والبوال النهارى أقل إنتشارا من البوال الليلى، وإن كان البوال النهارى أكثر إنتشارا بين الإناث.

أسباب البوال:

١-الوراثة:

لوحظ أن أقارب الدرجة الأولى للأطفال البواليين كانوا بواليين فى نسبة تصل إلى (٧٥%)، كما أن معدل تطابق حدوث البوال بين التوائم المتماثلة أكثر منه بين التوائم غير المتماثلة، وبرغم احتمال العامل الجينى إلا أن طرق التدريب فى هذه الأسر وظروف احتمال الطفل النفسية والاجتماعية لايمكن عزلها.

٢-صغر حجم المثانة الوظيفى :

حيث تكون المثانة طبيعية ولكن تحملها لكميات البول ضعيف، لأن فحص مثانة هؤلاء الاطفال أثناء التبنيج كشف عن طاقة (سعة) طبيعية لها، ولكن المشكلة تكمن فى ضيق المثانة الوظيفى، الذى يمكن أن يفسر كأحد أعراض القلق (توتر المثانة).

٣-نقص نضج الجهاز العصبى:

خاصة الجهاز العصبى المستقل المسئول عن التحكم فى عملية التبول، حيث تضعف قدرته على التحكم أثناء النوم، ووصف بعض الباحثين البوال على أنه اضطراب مرتبط بالنوم مثل المشى أثناء النوم، وقد لاحظوا أن حدث التبول لدى هؤلاء الاطفال يقع فى الجزء الأول

من النوم خلال نوع النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة (non-R.E.M.S)، عبر المرحلتين الثالثة والرابعة منه، وقد فسروا هذا البوال على أنه صعوبة فى الاستيقاظ كاستجابة لامتلاء المثانة .. والرد على هؤلاء الباحثين أنه فى هذا الوقت المبكر من النوم (الساعات الثلاث الأولى) تكون كمية البول المتكونة أقل من أن تملأ المثانة، ومن ثم لايوجد تنبيه من جدار المثانة كى يستجيب له الجهاز العصبى.

٤-النكوص (Regression) :

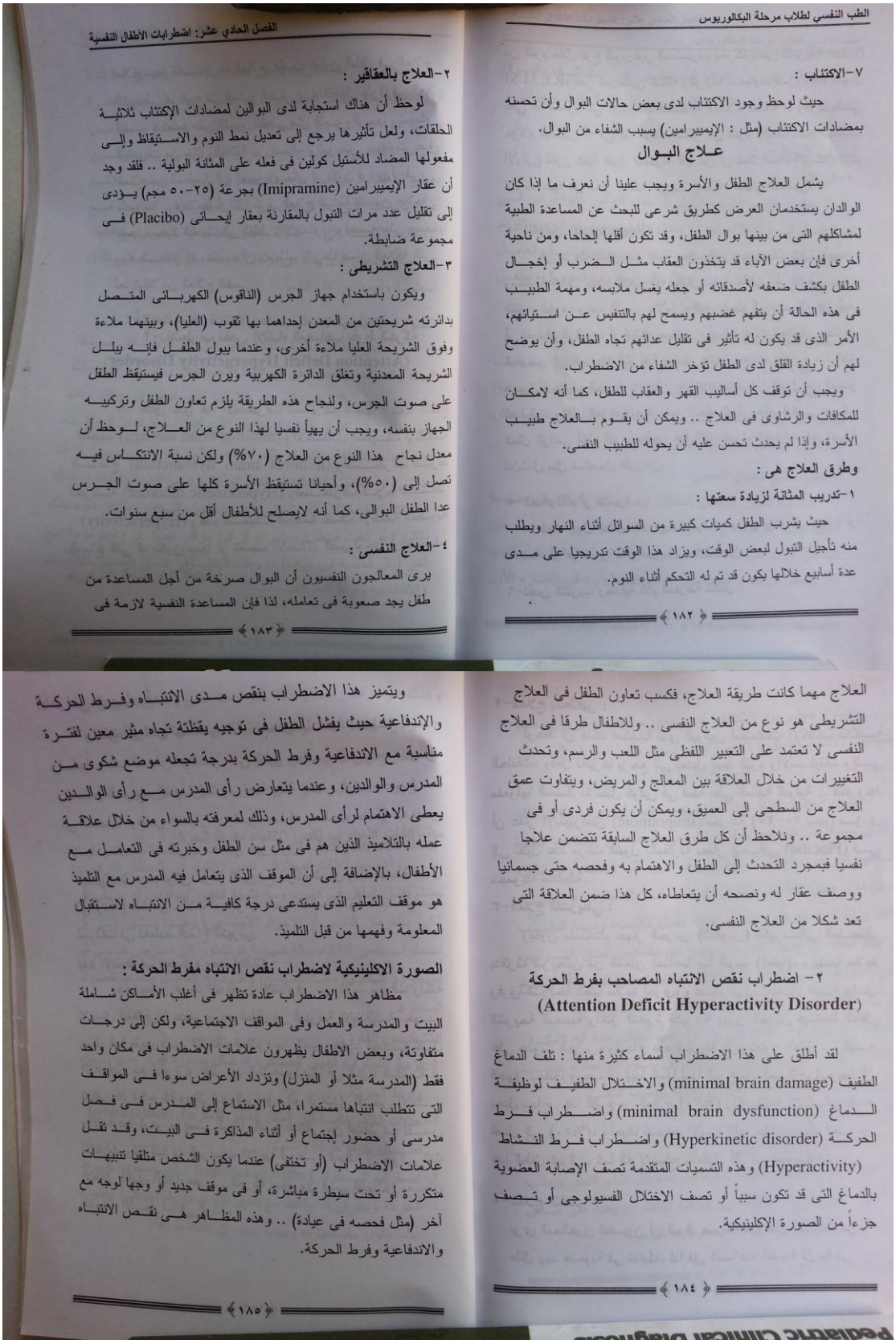
إلى مرحلة مبكرة من النمو بسبب الغيرة من ميلاد شقيق أصغر، ومحاولة الطفل جذب الانتباه إليه بإتيان سلوك طفلى، أو نكوص بسبب القلق والخوف وعدم الشعور بالأمان، الذى يرجع إلى إنفصاله عن أمه، أو إنفصال الوالدين، أو إدخاله مستشفى، أو النزاعات العائلية، حيث يتم النكوص إلى المرحلة الشرجية ويثبت عندها (fixation) .. هذا القلق قد يرتبط بخوف الخصاء (castration fear)، لأن التبول من العضو التناسلى، والقلق المرتبط به قد يفسد التحكم البولى خاصة فى غياب العقل الواعى أثناء النوم، ويفجر هذا القلق إجراء العمليات الجراحية للاطفال مثل استئصال اللوزتين.

٥-العداء للأم أو للأسرة :

حيث يبول الطفل كعدوان مقصود أى يتبول إراديا فى فراشه أو ملابسه، أو هو تعبير لا إرادى عن هذا العدوان.

٦-نقص التدريب وحماية الأم المفرطة للطفل .

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٧-الاكتئاب :

حيث لوحظ وجود الاكتئاب لدى بعض حالات البول وأن تحسنه بمضادات الاكتئاب (مثل : الإيميبرامين) يسبب الشفاء من البول.

عـلاج البـوال

يشمل العلاج الطفل والأسرة ويجب علينا أن نعرف ما إذا كان الوالدان يستخدمان العرض كطريق شرعى للبحث عن المساعدة الطبية لمشاكلهم التى من بينها بوال الطفل، وقد تكون أقلها إلحاحا، ومن ناحية أخرى فإن بعض الآباء قد يتخذون العقاب مثـل الـضرب أو إخجـال الطفل بكشف ضعفه لأصدقائه أو جعله يغسل ملابسه، ومهمة الطبيـب فى هذه الحالة أن يتفهم غضبهم ويسمح لهم بالتنفيس عـن اسـتيائهم، الأمر الذى قد يكون له تأثير فى تقليل عدائهم تجاه الطفل، وأن يوضح لهم أن زيادة القلق لدى الطفل تؤخر الشفاء من الاضطراب.

ويجب أن توقف كل أساليب القهر والعقاب للطفل، كما أنه لامكـان للمكافآت والرشاوى فى العلاج .. ويمكن أن يقـوم بـالعلاج طبيـب الأسرة، وإذا لم يحدث تحسن عليه أن يحوله للطبيب النفسى.

وطرق العلاج هى :

١-تدريب المثانة لزيادة سعتها :

حيث يشرب الطفل كميات كبيرة من السوائل أثناء النهار ويطلب منه تأجيل التبول لبعض الوقت، ويزاد هذا الوقت تدريجيا على مـدى عدة أسابيع خلالها يكون قد تم له التحكم أثناء النوم.

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

٢-العلاج بالعقاقير :

لوحظ أن هناك استجابة لدى البوالين لمضادات الإكتئاب ثلاثيـة الحلقات، ولعل تأثيرها يرجع إلى تعديل نمط النوم والاسـتيقاظ وإلـى مفعولها المضاد للأستيل كولين فى فعله على المثانة البولية .. فلقد وجد أن عقار الإيميبرامين (Imipramine) بجرعة (٢٥-٥٠ مجم) يـؤدى إلى تقليل عدد مرات التبول بالمقارنة بعقار إيحـائى (Placibo) فـى مجموعة ضابطة.

٣-العلاج التشريطى :

ويكون باستخدام جهاز الجرس (الناقوس) الكهربـائى المتـصل بدائرته شريحتين من المعدن إحداهما بها ثقوب (العليا)، وبينهما ملاءة وفوق الشريحة العليا ملاءة أخرى، وعندما يبول الطفـل فإنـه يبلـل الشريحة المعدنية وتغلق الدائرة الكهربية ويرن الجرس فيستيقظ الطفل على صوت الجرس، ولنجاح هذه الطريقة يلزم تعاون الطفل وتركيبـه الجهاز بنفسه، ويجب أن يهيأ نفسيا لهذا النوع من العـلاج، لـوحظ أن معدل نجاح هذا النوع من العلاج (٧٠%) ولكن نسبة الانتكـاس فيـه تصل إلى (٥٠%)، وأحيانا تستيقظ الأسرة كلها على صوت الجـرس عدا الطفل البوالى، كما أنه لايصلح للأطفال أقل من سبع سنوات.

٤-العلاج النفسى :

يرى المعالجون النفسيون أن البوال صرخة من أجل المساعدة من طفل يجد صعوبة فى تعامله، لذا فإن المساعدة النفسية لازمة فى

العلاج مهما كانت طريقة العلاج، فكسب تعاون الطفل فى العلاج التشريطى هو نوع من العلاج النفسى .. وللاطفال طرقا فى العلاج النفسى لا تعتمد على التعبير اللفظى مثل اللعب والرسم، وتحدث التغييرات من خلال العلاقة بين المعالج والمريض، ويتفاوت عمق العلاج من السطحى إلى العميق، ويمكن أن يكون فردى أو فى مجموعة .. ونلاحظ أن كل طرق العلاج السابقة تتضمن علاجا نفسيا فبمجرد التحدث إلى الطفل والاهتمام به وفحصه حتى جسمانيا ووصف عقار له ونصحه أن يتعاطاه، كل هذا ضمن العلاقة التى تعد شكلا من العلاج النفسى.

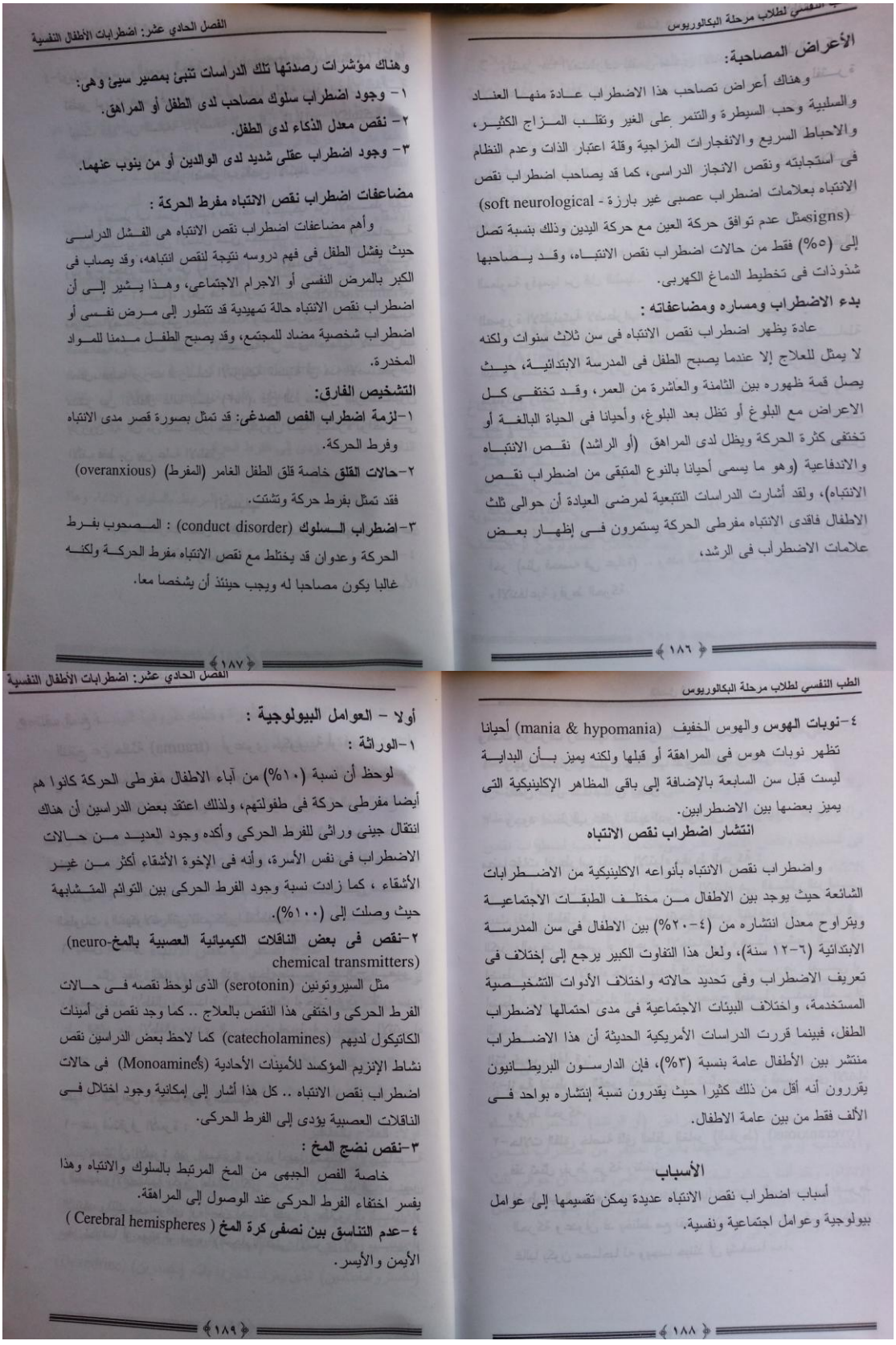
٢ - اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

لقد أطلق على هذا الاضطراب أسماء كثيرة منها : تلف الدماغ الطفيف (minimal brain damage) والاخـتلال الطفيـف لوظيفـة الـدماغ (minimal brain dysfunction) واضـطراب فـرط الحركـة (Hyperkinetic disorder) واضـطراب فـرط النـشاط (Hyperactivity) وهذه التسميات المتقدمة تصف الإصابة العضوية بالدماغ التى قد تكون سبباً أو تصف الاختلال الفسيولوجى أو تـصف جزءاً من الصورة الإكلينيكية.

ويتميز هذا الاضطراب بنقص مـدى الانتبـاه وفـرط الحركـة والإندفاعية حيث يفشل الطفل فى توجيه يقظتة تجاه مثير معين لفتـرة مناسبة مع الاندفاعية وفرط الحركة بدرجة تجعله موضع شكوى مـن المدرس والوالدين، وعندما يتعارض رأى المدرس مـع رأى الوالـدين يعطى الاهتمام لرأى المدرس، وذلك لمعرفته بالسواء من خلال علاقـة عمله بالتلاميذ الذين هم فى مثل سن الطفل وخبرته فى التعامـل مـع الأطفال، بالإضافة إلى أن الموقف الذى يتعامل فيه المدرس مع التلميذ هو موقف التعليم الذى يستدعى درجة كافيـة مـن الانتبـاه لاسـتقبال المعلومة وفهمها من قبل التلميذ.

الصورة الاكلينيكية لاضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة :

مظاهر هذا الاضطراب عادة تظهر فى أغلب الأمـاكن شـاملة البيت والمدرسة والعمل وفى المواقف الاجتماعية، ولكن إلى درجـات متفاوتة، وبعض الاطفال يظهرون علامات الاضطراب فى مكان واحد فقط (المدرسة مثلا أو المنزل) وتزداد الأعراض سوءا فـى المواقـف التى تتطلب انتباها مستمرا، مثل الاستماع إلى المـدرس فـى فـصل مدرسى أو حضور إجتماع أو أثناء المذاكرة فـى البيـت، وقـد تقـل علامات الاضطراب (أو تختفى) عندما يكون الشخص متلقيا تنبيهـات متكررة أو تحت سيطرة مباشرة، أو فى موقف جديد أو وجها لوجه مع آخر (مثل فحصه فى عيادة) .. وهذه المظـاهر هـى نقـص الانتبـاه والاندفاعية وفرط الحركة.



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الأعراض المصاحبة:

وهناك أعراض تصاحب هذا الاضطراب عادة منها العناد والسلبية وحب السيطرة والتمرد على الغير وتقلب المزاج الكثير، والاحباط السريع والانفجارات المزاجية وقلة اعتبار الذات وعدم النظام فى استجابته ونقص الانجاز الدراسى، كما قد يصاحب اضطراب نقص الانتباه بعلامات اضطراب عصبى غير بارزة - (soft neurological signs) مثل عدم توافق حركة العين مع حركة اليدين وذلك بنسبة تصل إلى (٥%) فقط من حالات اضطراب نقص الانتباه، وقد يصاحبها شذوذات فى تخطيط الدماغ الكهربى.

بدء الاضطراب ومساره ومضاعفاته :

عادة يظهر اضطراب نقص الانتباه فى سن ثلاث سنوات ولكنه لا يمثل للعلاج إلا عندما يصبح الطفل فى المدرسة الابتدائية، حيث يصل قمة ظهوره بين الثامنة والعاشرة من العمر، وقد تختفى كل الاعراض مع البلوغ أو تظل بعد البلوغ، وأحيانا فى الحياة البالغة أو تختفى كثرة الحركة ويظل لدى المراهق (أو الراشد) نقص الانتباه والاندفاعية (وهو ما يسمى أحيانا بالنوع المتبقى من اضطراب نقص الانتباه)، ولقد أشارت الدراسات التتبعية لمرضى العيادة أن حوالى ثلث الاطفال فاقدى الانتباه مفرطى الحركة يستمرون فى إظهار بعض علامات الاضطراب فى الرشد،

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

وهناك مؤشرات رصدتها تلك الدراسات تنبئ بمصير سيئ وهى:

١- وجود اضطراب سلوك مصاحب لدى الطفل أو المراهق.

٢- نقص معدل الذكاء لدى الطفل.

٣- وجود اضطراب عقلى شديد لدى الوالدين أو من ينوب عنهما.

مضاعفات اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة :

وأهم مضاعفات اضطراب نقص الانتباه هى الفشل الدراسى حيث يفشل الطفل فى فهم دروسه نتيجة لنقص انتباهه، وقد يصاب فى الكبر بالمرض النفسى أو الاجرام الاجتماعى، وهذا يشير إلى أن اضطراب نقص الانتباه حالة تمهيدية قد تتطور إلى مرض نفسى أو اضطراب شخصية مضاد للمجتمع، وقد يصبح الطفل مدمنا للمواد المخدرة.

التشخيص الفارق:

١-**لزمة اضطراب الفص الصدغى:** قد تمثل بصورة قصر مدى الانتباه وفرط الحركة.

٢-**حالات القلق** خاصة قلق الطفل الغامر (المفرط) (overanxious) فقد تمثل بفرط حركة وتشتت.

٣-**اضطراب السلوك** (conduct disorder) : المصحوب بفرط الحركة وعدوان قد يختلط مع نقص الانتباه مفرط الحركة ولكنه غالبا يكون مصاحبا له ويجب حينئذ أن يشخصا معا.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٤-**نوبات الهوس** والهوس الخفيف (mania & hypomania) أحيانا تظهر نوبات هوس فى المراهقة أو قبلها ولكنه يميز بأن البداية ليست قبل سن السابعة بالإضافة إلى باقى المظاهر الإكلينيكية التى يميز بعضها بين الاضطرابين.

انتشار اضطراب نقص الانتباه

واضطراب نقص الانتباه بأنواعه الاكلينيكية من الاضطرابات الشائعة حيث يوجد بين الاطفال من مختلف الطبقات الاجتماعية ويتراوح معدل انتشاره من (٤-٢٠%) بين الاطفال فى سن المدرسة الابتدائية (٦-١٢ سنة)، ولعل هذا التفاوت الكبير يرجع إلى إختلاف فى تعريف الاضطراب وفى تحديد حالاته واختلاف الأدوات التشخيصية المستخدمة، واختلاف البيئات الاجتماعية فى مدى احتمالها لاضطراب الطفل، فبينما قررت الدراسات الأمريكية الحديثة أن هذا الاضطراب منتشر بين الأطفال عامة بنسبة (٣%)، فإن الدارسون البريطانيون يقررون أنه أقل من ذلك كثيرا حيث يقدرون نسبة إنتشاره بواحد فى الألف فقط من بين عامة الاطفال.

الأسباب

أسباب اضطراب نقص الانتباه عديدة يمكن تقسيمها إلى عوامل بيولوجية وعوامل اجتماعية ونفسية.

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

أولا - العوامل البيولوجية :

١-الوراثة :

لوحظ أن نسبة (١٠%) من آباء الاطفال مفرطى الحركة كانوا هم أيضا مفرطى حركة فى طفولتهم، ولذلك اعتقد بعض الدراسين أن هناك انتقال جينى وراثى للفرط الحركى وأكده وجود العديد من حالات الاضطراب فى نفس الأسرة، وأنه فى الإخوة الأشقاء أكثر من غير الأشقاء ، كما زادت نسبة وجود الفرط الحركى بين التوائم المتشابهة حيث وصلت إلى (١٠٠%).

٢-نقص فى بعض الناقلات الكيميائية العصبية بالمخ (neuro-chemical transmitters)

مثل السيروتونين (serotonin) الذى لوحظ نقصه فى حالات الفرط الحركى واختفى هذا النقص بالعلاج .. كما وجد نقص فى أمينات الكاتيكول لديهم (catecholamines) كما لاحظ بعض الدراسين نقص نشاط الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (Monoamines) فى حالات اضطراب نقص الانتباه .. كل هذا أشار إلى إمكانية وجود اختلال فى الناقلات العصبية يؤدى إلى الفرط الحركى.

٣-نقص نضج المخ :

خاصة الفص الجبهى من المخ المرتبط بالسلوك والانتباه وهذا يفسر اختفاء الفرط الحركى عند الوصول إلى المراهقة.

٤-عدم التناسق بين نصفى كرة المخ (Cerebral hemispheres) الأيمن والأيسر.

٥-تلف المخ :

الناتج عن حادثة (trauma) أوعدوى ميكروبية أو فيروسية أو الناتج عن تسمم بمادة مثل الرصاص أو محسنات الطعام الصناعية (food additives) التى تكسبه طعما أو لونا، أو تلف المخ الناتج عن نقص الأكسجين قبل أو أثناء الولادة .. ويلاحظ أن الرصاص يدخل فى طلاء لعب الأطفال الخشبية وطلاء الأقلام الرصاص، كما أن محسنات الطعام الصناعية سواء مكسبة الطعوم أو الألوان تدخل فى صناعة الحلويات والشيكولاته التى تقدم كثيرا للأطفال.

٦-بعض العقاقير :

مثل عقار الفينوباربيتال الذى يدخل ضمن علاج الصرع والمغص عند الأطفال والصداع النصفى حيث لوحظ أنه ذو تأثير سيئ على الكثير من الأطفال ويؤدى إلى حدوث اضطراب نقص الانتباه لديهم.

ثانيا - العوامل الاجتماعية والنفسية:

١-عدم استقرار الأسرة :

حيث أن الأسرة غير المستقرة من نواحيها المختلفة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية يكون أطفالها أكثر عرضة لاضطراب نقص الانتباه، وذلك مثل مرض أو إدمان أحد الوالدين أو طلاق الوالدين أو سفر أحدهما أو موته أو سوء الإنسجام النفسى الأسرى لأى سبب أو

سوء الظروف الاقتصادية للأسرة وكذلك ظروفها البيئية من نقص الإثارة الشديدة أو زيادتها.

٢-عدوان الطفل الموجه تجاه نفسه أو ضد العالم الخارجى.

٣-نقص ذكاء الطفل قد ينشأ عنه اضطراب نقص الانتباه.

٤-قد يرسب (Precipitated) اضطراب نقص الانتباه بدخول الطفل إلى بيئة المدرسة حيث أنها أول الأمر تعتبر بيئة جديدة ومعقدة بالنسبة له، كما أن السلطة الجديدة فى المدرسة تأخذ مكانها لأول مرة فى حياته وهذا يعتبر عبئاً اجتماعياً جديداً قد يرسب الاضطراب لديه.

علاج اضطراب نقص الانتباه

وعلاج اضطراب نقص الانتباه يشمل الطرق الاتية:

١- العلاج بالعقاقير.

٢- العلاج النفسى للطفل.

٣- العلاج النفسى للأسرة.

وفيما يلى تفصيل لكل من هذه الطرق ..

أولاً: العلاج بالعقاقير:

للعقاقير دور هام فى علاج اضطراب نقص الانتباه ولكن لاينبغى النظر إليها على أنها كل شئ فى العلاج ويجب دمج الطرق العلاجية الأخرى معها، وأكثر العقاقير المستخدمة فى علاج اضطراب نقص الانتباه هى العقاقير المنشطة (المنبهة) (stimulants) مثل : الأمفيتامين (دكستروأمفيتامين) الذى يعرف تجاريا باسم (دكسدرين) (Dexedrine)

والمثيل فينيدات (Methylphenidate)، الذى يعرف تجاريا باسم ريتالين (Retalin) .. وهذه العقاقير أعطت تحسنا فى نسبة كبيرة من الأطفال (الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه) وصلت فى بعض الدراسات إلى خمسة وسبعين بالمائة (٧٥%) ومفعول هذه العقاقير هو تنشيط مراكز التحكم والانتباه عن طريق تنبيه قشرة المخ، مما يمكن الطفل من زيادة الانتباه والتحكم فى سلوكه الحركى، وهذا خلافا لما كان يعتقد من أن الأطفال مفرطى الحركة يظهرون تفاعل عكسى (paradoxical effect) مع العقاقير المنشطة أى أنهم يهدأون بواسطة هذه العقاقير.

وهناك مجموعة أخرى من العقاقير التى يمكن إعطاؤها خاصة فى حالات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بقلق أو اكتئاب (اضطراب وجدانى) وهى مجموعة المركبات ثلاثية الحلقات المضادة للإكتئاب (Tricyclic Antidepressants) مثل الإيميبرامين (Imipramine) الذى يعرف تجاريا باسم التوفرانيل (Tofranil) .

كما يستخدم بعض المتخصصين جرعات قليلة من عقار الهالوبيريدول (Haloperidol) الذى يعرف تجاريا باسم سافيناز (Safinace) أو بعض عقاقير مجموعة الفينوثيازين (Phenothiazines)

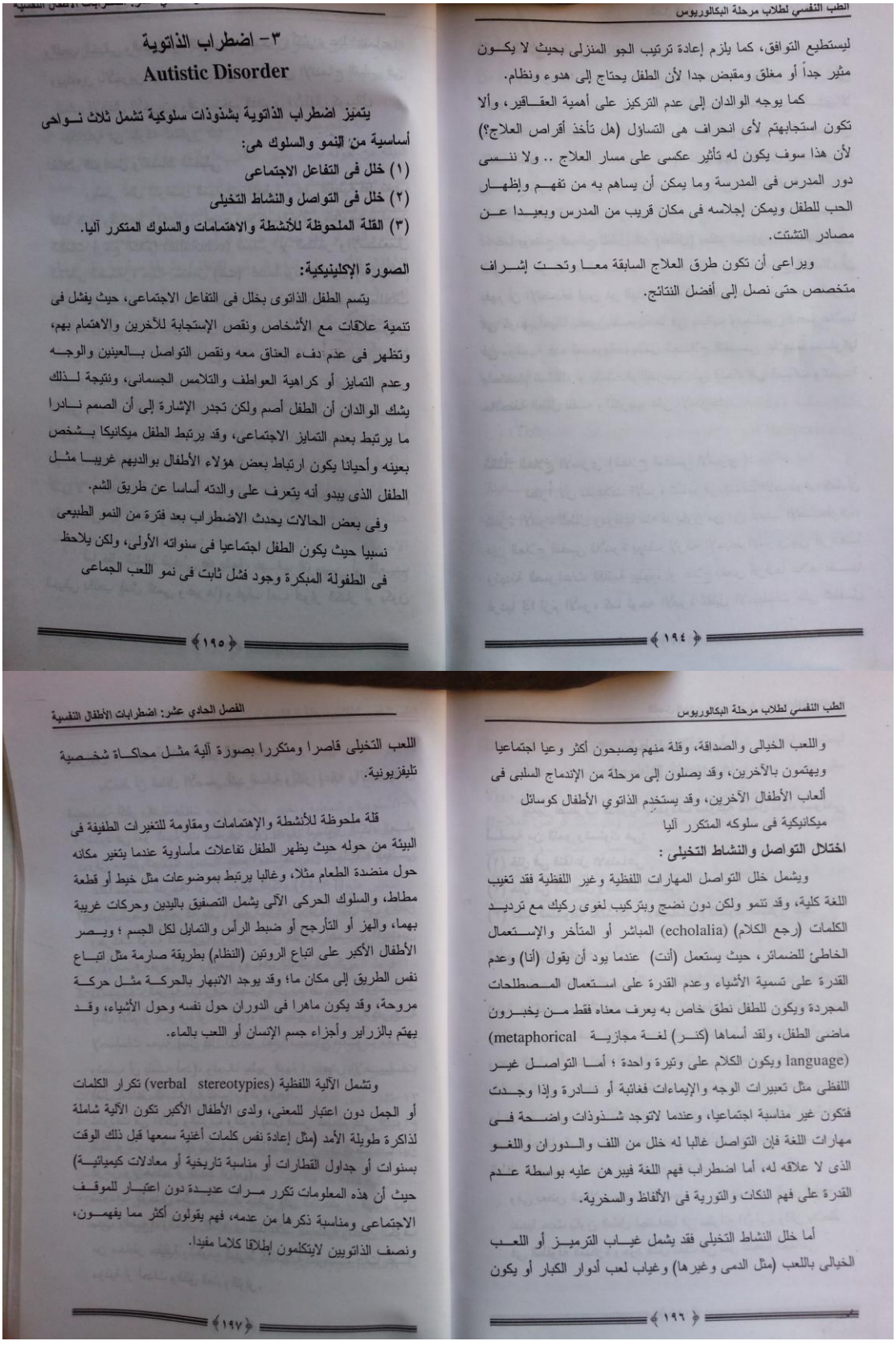
ثانياً: العلاج النفسى للطفل:

ويعتبر هذا النوع من العلاج أكثر فائدة من العقاقير خاصة على المدى البعيد بالنسبة للإنحراف والسلوك المضاد للمجتمع (الذى لا يتحسن كثيراً باستخدام المنشطات) إذ أن هذا النوع من العلاج يسمح بإقامة الطفل علاقة مع المعالج (راشد)، الذى يفهم الطفل وصعوباته ويستطيع شرحها للطفل، كما أن له دور كبير فى تقبل الطفل للعلاج بالعقاقير، لأن الطفل قد يسئ فهم العقاقير ويتساءل : هل هو مجنون؟ .. كما يوضح المعالج للطفل أنه (الطفل) يملك الدور الأساسى وأن الدواء ما هو إلا عامل مساعد لأدائه هذا الدور، كما يحتاج الطفل أن يفهم أن الإنضباط ليس هو الهدف وأنه له حقوق مساوية للبشر الآخرين فى كونهم أحيانا يجدون صعوبة ما في حياتهم ويحتاجون دعماً علاجياً فى مواجهة هذه الصعوبة، ويشمل العلاج النفسى **علاجاً سلوكياً** باستخدام المكافأة أو باستخدام التدريب على التحكم فى الذات وتنمية ملاحظة الطفل لنفسه والتدريب على الإسترخاء.

ثالثاً: العلاج الأسرى (العلاج النفسى الأسرى):

نظراً لأن تفاعلات الأسرة تساهم فى إحداث الاضطراب كما أن نظرة الأسرة للطفل وموقفها منه قد يكون من بين أسباب الاضطراب، فإن العلاج النفسى للأسرة يهدف لإزالة الإحباط الأسرى بين أفرادها وتهدئة الصراعات القائمة بينهم، أو علاج بعض أفرادها علاجاً نفسياً فردياً إذا لزم الأمر، كما توجه الأسرة لتقليل الاحتياجات على الطفل

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ليستطيع التوافق، كما يلزم إعادة ترتيب الجو المنزلى بحيث لا يكون مثير جداً أو مغلق ومقبض جدا لأن الطفل يحتاج إلى هدوء ونظام.

كما يوجه الوالدان إلى عدم التركيز على أهمية العقاقير، وألا تكون استجابتهم لأى انحراف هى التساؤل (هل تأخذ أقراص العلاج؟) لأن هذا سوف يكون له تأثير عكسى على مسار العلاج .. ولا ننسى دور المدرس فى المدرسة وما يمكن أن يساهم به من تفهم وإظهار الحب للطفل ويمكن إجلاسه فى مكان قريب من المدرس وبعيدا عن مصادر التشتت.

ويراعى أن تكون طرق العلاج السابقة معا وتحت إشراف متخصص حتى نصل إلى أفضل النتائج.

٣- اضطراب الذاتوية
Autistic Disorder

يتميز اضطراب الذاتوية بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحى أساسية من النمو والسلوك هى:

(١) خلل فى التفاعل الاجتماعى

(٢) خلل فى التواصل والنشاط التخيلى

(٣) القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر آليا.

الصورة الإكلينيكية:

يتسم الطفل الذاتوى بخلل فى التفاعل الاجتماعى، حيث يفشل فى تنمية علاقات مع الأشخاص ونقص الإستجابة للآخرين والاهتمام بهم، وتظهر فى عدم دفء العناق معه ونقص التواصل بالعينين والوجه وعدم التمايز أو كراهية العواطف والتلامس الجسمانى، ونتيجة لذلك يشك الوالدان أن الطفل أصم ولكن تجدر الإشارة إلى أن الصمم نادرا ما يرتبط بعدم التمايز الاجتماعى، وقد يرتبط الطفل ميكانيكا بشخص بعينه وأحيانا يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بوالديهم غريبا مثل الطفل الذى يبدو أنه يتعرف على والدته أساسا عن طريق الشم.

وفى بعض الحالات يحدث الاضطراب بعد فترة من النمو الطبيعى نسبيا حيث يكون الطفل اجتماعيا فى سنواته الأولى، ولكن يلاحظ فى الطفولة المبكرة وجود فشل ثابت فى نمو اللعب الجماعى

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

واللعب الخيالى والصداقة، وقلة منهم يصبحون أكثر وعيا اجتماعيا ويهتمون بالآخرين، وقد يصلون إلى مرحلة من الإندماج السلبى فى ألعاب الأطفال الآخرين، وقد يستخدم الذاتوي الأطفال كوسائل ميكانيكية فى سلوكه المتكرر آليا

اختلال التواصل والنشاط التخيلى :

ويشمل خلل التواصل المهارات اللفظية وغير اللفظية فقد تغيب اللغة كلية، وقد تنمو ولكن دون نضج وبتركيب لغوى ركيك مع ترديد الكلمات (رجع الكلام) (echolalia) المباشر أو المتأخر والإستعمال الخاطئ للضمائر، حيث يستعمل (أنت) عندما يود أن يقول (أنا) وعدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضى الطفل، ولقد أسماها (كنر) لغة مجازية (metaphorical language) ويكون الكلام على وتيرة واحدة ؛ أما التواصل غير اللفظى مثل تعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة وإذا وجدت فتكون غير مناسبة اجتماعيا، وعندما لاتوجد شذوذات واضحة فى مهارات اللغة فإن التواصل غالبا له خلل من اللف والدوران واللغو الذى لا علاقة له، أما اضطراب فهم اللغة فيبرهن عليه بواسطة عدم القدرة على فهم النكات والتورية فى الألفاظ والسخرية.

أما خلل النشاط التخيلى فقد يشمل غياب الترميز أو اللعب الخيالى باللعب (مثل الدمى وغيرها) وغياب لعب أدوار الكبار أو يكون

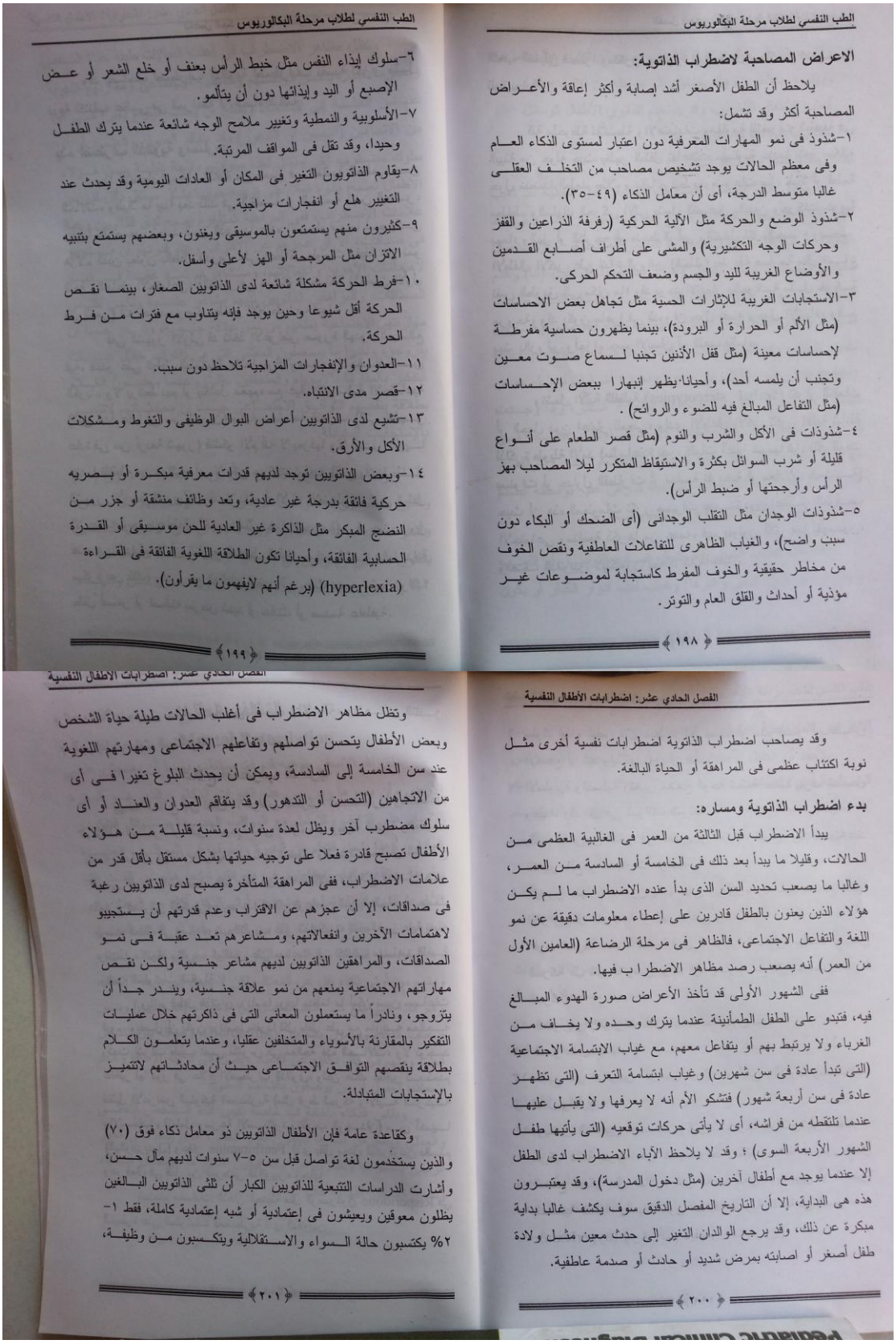
الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

اللعب التخيلى قاصرا ومتكررا بصورة آلية مثل محاكاة شخصية تليفزيونية.

قلة ملحوظة للأنشطة والإهتمامات ومقاومة للتغيرات الطفيفة فى البيئة من حوله حيث يظهر الطفل تفاعلات مأساوية عندما يتغير مكانه حول منضدة الطعام مثلا، وغالبا يرتبط بموضوعات مثل خيط أو قطعة مطاط، والسلوك الحركى الآلى يشمل التصفيق باليدين وحركات غريبة بهما، والهز أو التأرجح أو ضبط الرأس والتمايل لكل الجسم ؛ ويصر الأطفال الأكبر على اتباع الروتين (النظام) بطريقة صارمة مثل اتباع نفس الطريق إلى مكان ما؛ وقد يوجد الانبهار بالحركة مثل حركة مروحة، وقد يكون ماهرا فى الدوران حول نفسه وحول الأشياء، وقد يهتم بالزراير وأجزاء جسم الإنسان أو اللعب بالماء.

وتشمل الآلية اللفظية (verbal stereotypies) تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى، ولدى الأطفال الأكبر تكون الآلية شاملة لذاكرة طويلة الأمد (مثل إعادة نفس كلمات أغنية سمعها قبل ذلك الوقت بسنوات أو جداول القطارات أو مناسبة تاريخية أو معادلات كيميائية) حيث أن هذه المعلومات تكرر مرات عديدة دون اعتبار للموقف الاجتماعى ومناسبة ذكرها من عدمه، فهم يقولون أكثر مما يفهمون، ونصف الذاتويين لايتكلمون إطلاقا كلاما مفيدا.

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

الاعراض المصاحبة لاضطراب الذاتوية:

يلاحظ أن الطفل الأصغر أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض المصاحبة أكثر وقد تشمل:

١-شذوذ فى نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام وفى معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلى غالبا متوسط الدرجة، أى أن معامل الذكاء (٤٩-٣٥).

٢-شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية) والمشى على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركى.

٣-الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية مثل تجاهل بعض الاحساسات (مثل الألم أو الحرارة أو البرودة)، بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة (مثل قفل الأذنين تجنبا لسماع صوت معين وتجنب أن يلمسه أحد)، وأحيانا يظهر إنبهارا ببعض الإحساسات (مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح) .

٤-شذوذات فى الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة والاستيقاظ المتكرر ليلا المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو ضبط الرأس).

٥-شذوذات الوجدان مثل التقلب الوجدانى (أى الضحك أو البكاء دون سبب واضح)، والغياب الظاهرى للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث والقلق العام والتوتر.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

٦-سلوك إيذاء النفس مثل خبط الرأس بعنف أو خلع الشعر أو عض الإصبع أو اليد وإيذائها دون أن يتألمو.

٧-الأسلوبية والنمطية وتغيير ملامح الوجه شائعة عندما يترك الطفل وحيدا، وقد تقل فى المواقف المرتبة.

٨-يقاوم الذاتويون التغير فى المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغيير هلع أو انفجارات مزاجية.

٩-كثيرون منهم يستمتعون بالموسيقى ويغنون، وبعضهم يستمتع بتنبيه الاتزان مثل المرجحة أو الهز لأعلى وأسفل.

١٠-فرط الحركة مشكلة شائعة لدى الذاتويين الصغار، بينما نقص الحركة أقل شيوعا وحين يوجد فإنه يتناوب مع فترات من فرط الحركة.

١١-العدوان والإنفجارات المزاجية تلاحظ دون سبب.

١٢-قصر مدى الانتباه.

١٣-تشيع لدى الذاتويين أعراض البول الوظيفى والتغوط ومشكلات الأكل والأرق.

١٤-وبعض الذاتويين توجد لديهم قدرات معرفية مبكرة أو بصريه حركية فائقة بدرجة غير عادية، وتعد وظائف منشقة أو جزر من النضج المبكر مثل الذاكرة غير العادية للحن موسيقى أو القدرة الحسابية الفائقة، وأحيانا تكون الطلاقة اللغوية الفائقة فى القراءة (hyperlexia) (برغم أنهم لايفهمون ما يقرأون).

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

وقد يصاحب اضطراب الذاتوية اضطرابات نفسية أخرى مثل نوبة اكتئاب عظمى فى المراهقة أو الحياة البالغة.

بدء اضطراب الذاتوية ومساره:

يبدأ الاضطراب قبل الثالثة من العمر فى الغالبية العظمى من الحالات، وقليلا ما يبدأ بعد ذلك فى الخامسة أو السادسة من العمر، وغالبا ما يصعب تحديد السن الذى بدأ عنده الاضطراب ما لم يكن هؤلاء الذين يعنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعى، فالظاهر فى مرحلة الرضاعة (العامين الأول من العمر) أنه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيها.

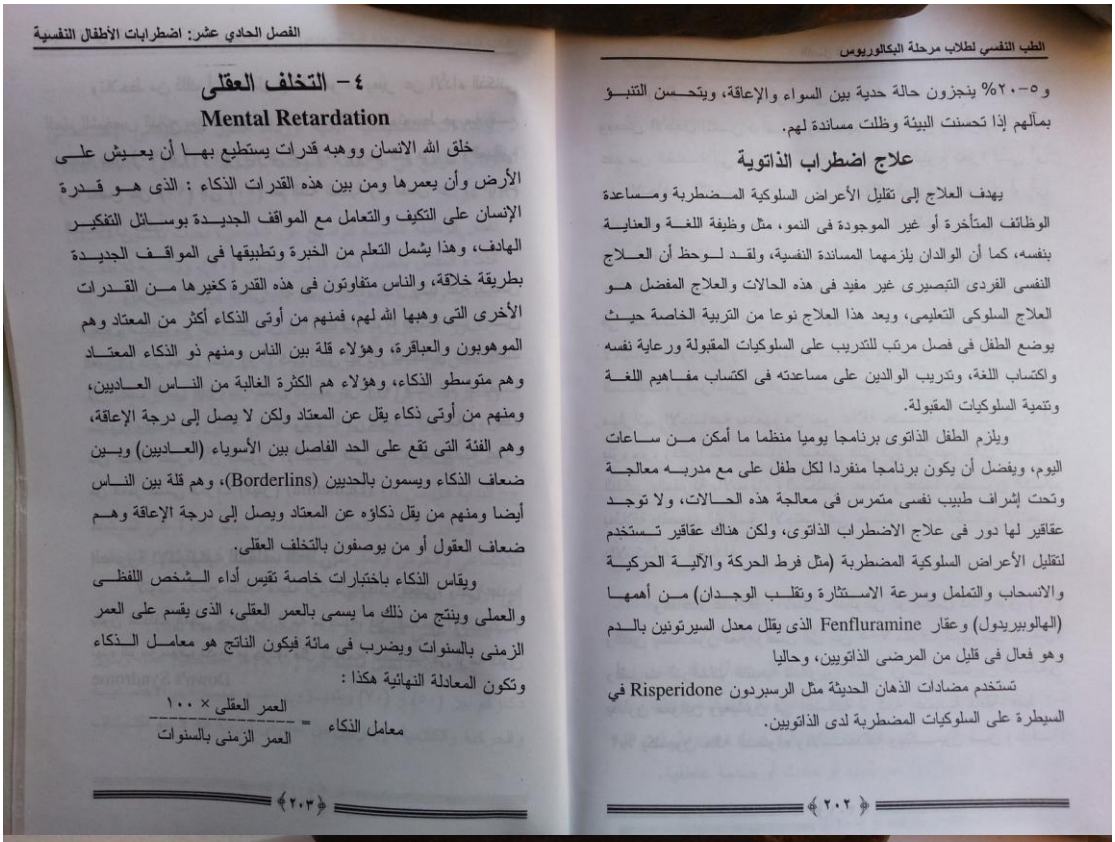
ففى الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده ولا يخاف من الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية (التى تبدأ عادة فى سن شهرين) وغياب ابتسامة التعرف (التى تظهر عادة فى سن أربعة شهور) فتشكو الأم أنه لا يعرفها ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه، أى لا يأتى حركات توقعيه (التى يأتيها طفل الشهور الأربعة السوى) ؛ وقد لا يلاحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين (مثل دخول المدرسة)، وقد يعتبرون هذه هى البداية، إلا أن التاريخ المفصل الدقيق سوف يكشف غالبا بداية مبكرة عن ذلك، وقد يرجع الوالدان التغير إلى حدث معين مثل ولادة طفل أصغر أو اصابته بمرض شديد أو حادث أو صدمة عاطفية.

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

وتظل مظاهر الاضطراب فى أغلب الحالات طيلة حياة الشخص وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعى ومهارتهم اللغوية عند سن الخامسة إلى السادسة، ويمكن أن يحدث البلوغ تغيرا فى أى من الاتجاهين (التحسن أو التدهور) وقد يتفاقم العدوان والعناد أو أى سلوك مضطرب آخر ويظل لعدة سنوات، ونسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلا على توجيه حياتها بشكل مستقل بأقل قدر من علامات الاضطراب، ففى المراهقة المتأخرة يصبح لدى الذاتويين رغبة فى صداقات، إلا أن عجزهم عن الاقتراب وعدم قدرتهم أن يستجيبو لاهتمامات الآخرين وانفعالاتهم، ومشاعرهم تعد عقبة فى نمو الصداقات، والمراهقين الذاتويين لديهم مشاعر جنسية ولكن نقص مهاراتهم الاجتماعية يمنعهم من نمو علاقة جنسية، ويندر جداً أن يتزوجو، ونادراً ما يستعملون المعانى التى فى ذاكرتهم خلال عمليات التفكير بالمقارنة بالأسوياء والمتخلفين عقليا، وعندما يتعلمون الكلام بطلاقة ينقصهم التوافق الاجتماعى حيث أن محادثاتهم لاتتميز بالإستجابات المتبادلة.

وكقاعدة عامة فإن الأطفال الذاتويين ذو معامل ذكاء فوق (٧٠) والذين يستخدمون لغة تواصل قبل سن ٥-٧ سنوات لديهم مآل حسن، وأشارت الدراسات التتبعية للذاتويين الكبار أن ثلثى الذاتويين البالغين يظلون معوقين ويعيشون فى إعتمادية أو شبه إعتمادية كاملة، فقط ١-٢% يكتسبون حالة السواء والاستقلالية ويتكسبون من وظيفة،

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

و٥-٢٠% ينجزون حالة حدية بين السواء والإعاقة، ويتحسن التنبؤ بمآلهم إذا تحسنت البيئة وظلت مساندة لهم.

علاج اضطراب الذاتوية

يهدف العلاج إلى تقليل الأعراض السلوكية المضطربة ومساعدة الوظائف المتأخرة أو غير الموجودة فى النمو، مثل وظيفة اللغة والعناية بنفسه، كما أن الوالدان يلزمهما المساندة النفسية، ولقد لوحظ أن العلاج النفسى الفردى التبصيرى غير مفيد فى هذه الحالات والعلاج المفضل هو العلاج السلوكى التعليمى، ويعد هذا العلاج نوعا من التربية الخاصة حيث يوضع الطفل فى فصل مرتب للتدريب على السلوكيات المقبولة ورعاية نفسه واكتساب اللغة، وتدريب الوالدين على مساعدته فى اكتساب مفاهيم اللغة وتنمية السلوكيات المقبولة.

ويلزم الطفل الذاتوى برنامجا يوميا منظما ما أمكن من ساعات اليوم، ويفضل أن يكون برنامجا منفردا لكل طفل على مع مدربه معالجة وتحت إشراف طبيب نفسى متمرس فى معالجة هذه الحالات، ولا توجد عقاقير لها دور فى علاج الاضطراب الذاتوى، ولكن هناك عقاقير تستخدم لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة (مثل فرط الحركة والآلية الحركية والانسحاب والتململ وسرعة الاستثارة وتقلب الوجدان) من أهمها (الهالوبيريدول) وعقار Fenfluramine الذى يقلل معدل السيرتونين بالدم وهو فعال فى قليل من المرضى الذاتويين، وحاليا

تستخدم مضادات الذهان الحديثة مثل الرسبردون Risperidone في السيطرة على السلوكيات المضطربة لدى الذاتويين.

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

٤- التخلف العقلى
Mental Retardation

خلق الله الانسان ووهبه قدرات يستطيع بها أن يعيش على الأرض وأن يعمرها ومن بين هذه القدرات الذكاء : الذى هو قدرة الإنسان على التكيف والتعامل مع المواقف الجديدة بوسائل التفكير الهادف، وهذا يشمل التعلم من الخبرة وتطبيقها فى المواقف الجديدة بطريقة خلاقة، والناس متفاوتون فى هذه القدرة كغيرها من القدرات الأخرى التى وهبها الله لهم، فمنهم من أوتى الذكاء أكثر من المعتاد وهم الموهوبون والعباقرة، وهؤلاء قلة بين الناس ومنهم ذو الذكاء المعتاد وهم متوسطو الذكاء، وهؤلاء هم الكثرة الغالبة من الناس العاديين، ومنهم من أوتى ذكاء يقل عن المعتاد ولكن لا يصل إلى درجة الإعاقة، وهم الفئة التى تقع على الحد الفاصل بين الأسوياء (العاديين) وبين ضعاف الذكاء ويسمون بالحديين (Borderlins)، وهم قلة بين الناس أيضا ومنهم من يقل ذكاؤه عن المعتاد ويصل إلى درجة الإعاقة وهم ضعاف العقول أو من يوصفون بالتخلف العقلى.

ويقاس الذكاء باختبارات خاصة تقيس أداء الشخص اللفظى والعملى وينتج من ذلك ما يسمى بالعمر العقلى، الذى يقسم على العمر الزمنى بالسنوات ويضرب فى مائة فيكون الناتج هو معامل الذكاء وتكون المعادلة النهائية هكذا :

$$\text{معامل الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلى} \times ١٠٠}{\text{العمر الزمنى بالسنوات}}$$

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ونلاحظ من ذلك أن معامل الذكاء هو ما يعبر عن الأداء الذكائى العام للشخص الناتج من اختبارات الذكاء، والذكاء المتوسط هو ما يقع معامله بين (٩٠) و(١١٠) ومازاد عن (١١٠) هم الموهوبون والعباقرة وما نقص عن (٩٠) إلى (٧٠) هم الفئة الحدية وما نقص عن (٧٠) هم المتخلفون عقلياً.

ويعرف التخلف العقلى بأنه نقص الذكاء الذى ينشأ عنه نقص التعلم والتكيف مع البيئة على أن يبدأ ذلك قبل بلوغ الثامنة عشرة من العمر، وحدد معدل ذكاء (٧٠) كحد أعلى لهؤلاء المتخلفين عقليا وذلك لأن أغلب الناس الذين يقل معدل ذكائهم عن (٧٠) قدرتهم التكيفية محدودة ويحتاجون رعاية وحماية وخاصة فى سنوات الدراسة .. وحدد سن الثامنة عشرة لأن الصورة الإكلينكية التى تحدث بعد الثامنة عشرة من العمر تسمى الخرف (الهتر) (Dementia) .

الصورة الإكلينيكية للتخلف العقلي:

لاتوجد ملامح جسدية معينة ترتبط بالتخلف العقلى، ولكن عندما يكون التخلف العقلى جزءا من لزمة مرضية، فإن الملامح الإكلينيكية لهذه اللزمة سوف تكون موجودة، مثل الملامح الجسمانية فى لزمة داون Down's Syndrome

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

والدلالات التشخيصية الآتية أوردها الدليل التشخيصى الإحصائي الأمريكى الرابع فى مراجعته الموسعة (عام ٢٠٠٠م) (DSM-IV-TR) هي :

أ- نقص الوظيفة الذكائية الواضح عن الطبيعى، بحيث يكون معدل الذكاء المقاس باختبار ذكاء فردى أقل من (٧٠)، وبالنسبة للاطفال الصغار والرضع تكون الملاحظة الإكلينيكية هى الفيصل.

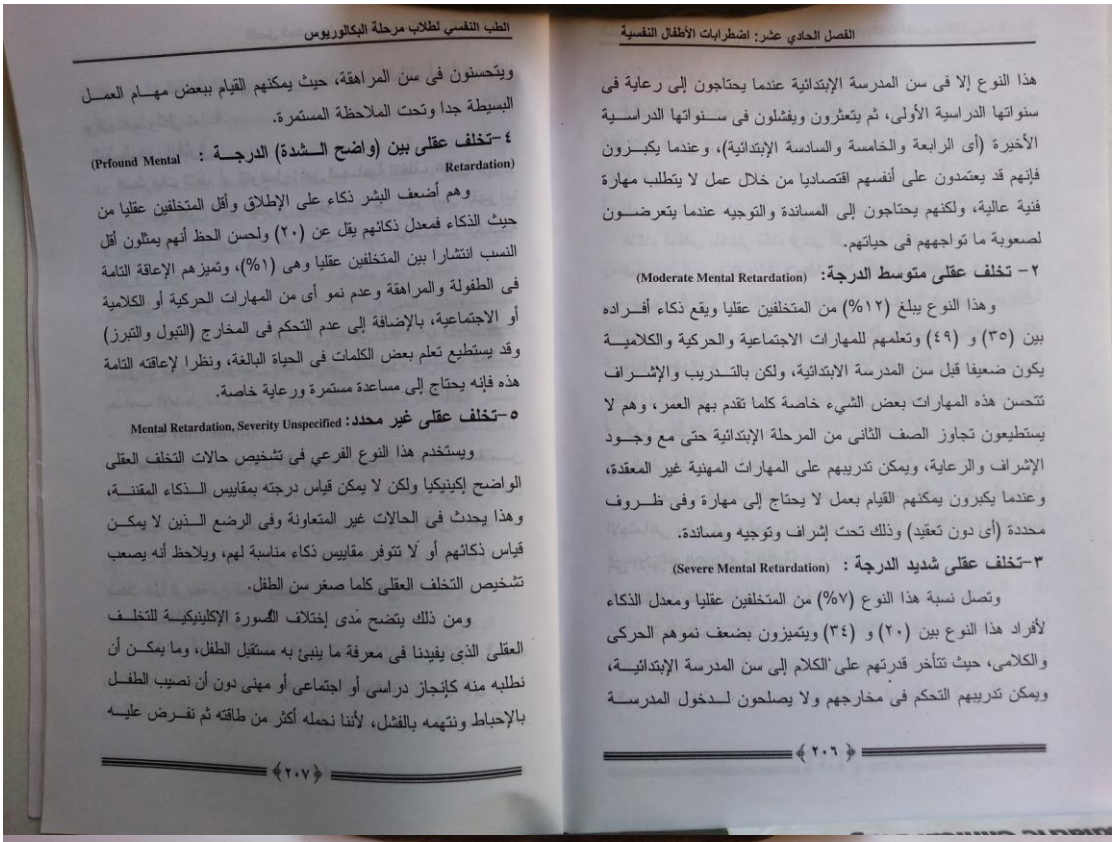
ب- قصور أو خلل فى الوظائف التكيفية للشخص (بمعنى فعالية الشخص فى الوصول الى المتوقع منه بالنسبة لسنه وبيئته الثقافية)، ويظهر الخلل فى اثنتين من المهارات الآ تية: (التواصل، رعاية الذات، التفاعل الاجتماعى، توجيه النفس، المهارات الأكاديمية، العمل، السلامة).

ج- البداية قبل سن ١٨ سنة.

وصورة التخلف العقلى متفاوتة من حيث القدرة على النشاط الاجتماعى والحركى والمدرسى، وذلك حسب درجة الذكاء ولذلك قسم إلى الأنواع الإكلينيكية الآتية:

١- **تخلف عقلى خفيف الدرجة:** *(Mild Mental Retardation)*

وهذا النوع تصل نسبته إلى (٨٠%) من المتخلفين عقليا ويكون ذكاؤهم بين (٥٠) و (٧٠) ويتميزون بنمو مهاراتهم الاجتماعية والحركية والكلامية، ويقتربون من الطبيعى لدرجة أنه لا يتم اكتشاف



الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

هذا النوع إلا فى سن المدرسة الإبتدائية عندما يحتاجون إلى رعاية فى سنواتها الدراسية الأولى، ثم يتعثرون ويفشلون فى سنواتها الدراسية الأخيرة (أى الرابعة والخامسة والسادسة الإبتدائية)، وعندما يكبرون فإنهم قد يعتمدون على أنفسهم اقتصاديا من خلال عمل لا يتطلب مهارة فنية عالية، ولكنهم يحتاجون إلى المساندة والتوجيه عندما يتعرضون لصعوبة ما تواجههم فى حياتهم.

٢- تخلف عقلى متوسط الدرجة: (Moderate Mental Retardation)

وهذا النوع يبلغ (١٢%) من المتخلفين عقليا ويقع ذكاء أفراده بين (٣٥) و (٤٩) وتعلمهم للمهارات الاجتماعية والحركية والكلامية يكون ضعيفا قبل سن المدرسة الابتدائية، ولكن بالتدريب والإشراف تتحسن هذه المهارات بعض الشيء خاصة كلما تقدم بهم العمر، وهم لا يستطيعون تجاوز الصف الثانى من المرحلة الإبتدائية حتى مع وجود الإشراف والرعاية، ويمكن تدريبهم على المهارات المهنية غير المعقدة، وعندما يكبرون يمكنهم القيام بعمل لا يحتاج إلى مهارة وفى ظروف محددة (أى دون تعقيد) وذلك تحت إشراف وتوجيه ومساندة.

٣-تخلف عقلى شديد الدرجة : (Severe Mental Retardation)

وتصل نسبة هذا النوع (٧%) من المتخلفين عقليا ومعدل الذكاء لأفراد هذا النوع بين (٢٠) و (٣٤) ويتميزون بضعف نموهم الحركى والكلامى، حيث تتأخر قدرتهم على الكلام إلى سن المدرسة الإبتدائية، ويمكن تدريبهم التحكم فى مخارجهم ولا يصلحون لدخول المدرسة

الطب النفسى لطلاب مرحلة البكالوريوس

ويتحسنون فى سن المراهقة، حيث يمكنهم القيام ببعض مهام العمل البسيطة جدا وتحت الملاحظة المستمرة.

٤-تخلف عقلى بين (واضح الشدة) الدرجة : (Profound Mental Retardation)

وهم أضعف البشر ذكاء على الإطلاق وأقل المتخلفين عقليا من حيث الذكاء فمعدل ذكائهم يقل عن (٢٠) ولحسن الحظ أنهم يمثلون أقل النسب انتشارا بين المتخلفين عقليا وهى (١%)، وتميزهم الإعاقة التامة فى الطفولة والمراهقة وعدم نمو أى من المهارات الحركية أو الكلامية أو الاجتماعية، بالإضافة إلى عدم التحكم فى المخارج (التبول والتبرز) وقد يستطيع تعلم بعض الكلمات فى الحياة البالغة، ونظرا لإعاقته التامة هذه فإنه يحتاج إلى مساعدة مستمرة ورعاية خاصة.

٥-تخلف عقلى غير محدد: Mental Retardation, Severity Unspecified

ويستخدم هذا النوع الفرعي فى تشخيص حالات التخلف العقلى الواضح إكلينيكيا ولكن لا يمكن قياس درجته بمقاييس الذكاء المقننة، وهذا يحدث فى الحالات غير المتعاونة وفى الرضع الذين لا يمكن قياس ذكائهم أو لا تتوفر مقاييس ذكاء مناسبة لهم، ويلاحظ أنه يصعب تشخيص التخلف العقلى كلما صغر سن الطفل.

ومن ذلك يتضح مدى إختلاف الصورة الإكلينيكية للتخلف العقلى الذى يفيدنا فى معرفة ما ينبئ به مستقبل الطفل، وما يمكن أن نطلبه منه كإنجاز دراسى أو اجتماعى أو مهنى دون أن نصيب الطفل بالإحباط ونتهمه بالفشل، لأننا نحمله أكثر من طاقته ثم نفرض عليه

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

مختلف أنواع العقاب النفسى والبدنى، وهذا يجعل الطفل أسوأ إنجازا وأقل تكيفا وأكثر تعاسة.

التشخيص الفارق:

١- **اضطرابات التعلم أو التواصل (غير المصاحبة لتخلف عقلى):**

حيث يكون الخلل فقط فى منطقة معينة من النمو (مثل القراءة أو التعبير اللغوى)، دون خلل عام فى نمو الذكاء والوظائف التكيفية الأخرى.

٢- **اضطرابات تشوه النمو:**

ويلاحظ فيها أن الخلل كيفى فى التفاعل الاجتماعى وفى نمو المهارات الخاصة بالتواصل اللفظى وغير اللفظى، والتخلف العقلى يصاحب الاضطرابات المشوهة للنمو فى نسبة (٧٥-٨٠%).

٣- **الخرف (dementia) :**

وهو نقص الذكاء عن ذى قبل ويشخص بين الرابعة والسادسة من العمر أى عند استقرار معدل ذكاء، وإذا حدث هذا النقص فى الذكاء قبل سن ثمانية عشر عاما يشخص كل من التخلف العقلى والخرف معا، أما إذا حدث بعد الثامنة عشرة من العمر فإنه يشخص الخرف فقط، وعندما يحدث قبل الرابعة من العمر يشخص التخلف العقلى فقط.

مسار التخلف العقلي:

لا شك أن مسار التخلف العقلى يعتمد على طبيعه السبب الذى ينشأ عنه هذا التخلف من حيث كونه دائم أو مؤقت بالإضافة إلى درجة التخلف، كما أنه للعلاج والتأهيل دور فى تحسن المسار .. ولكن

الطب النفسى لطلاب مرحلة البكالوريوس

الأنواع الخفيفة من التخلف العقلى قد تتحسن من تلقاء نفسها حيث يفيد الطفل من الخبرة فتزداد قدرته الذكائية ويصبح أكثر تكيفا خاصة خارج البيئة المدرسية التى غالبا ما يفشل فيها، خاصة بالتدريب المناسب لتنمية المهارات التكيفية .. فالتخلف العقلى الشديد خاصة الذى يرتبط بلزمة مرضية مع سمات جسدية محددة يعرف مبكرا (مثل لزمة داون التى تعرف عند الولادة)، بالمقارنه بالتخلف العقلى الخفيف غير معروف السبب والذى يلاحظ متأخرا، أما الحالات التى تحدث لسبب مكتسب ويكون الخلل فى الذكاء مفاجئا (مثل التخلف الذى ينتج عن إلتهاب الدماغ) فقد يتحسن المسار إذا وضع في برامج تدريبية لإعادة اكتساب المهارات العقلية التي تأثرت .. ومسار التخلف العقلى يتأثر بمسار الحالة المرضية المسببة له والعوامل البيئية.

المضاعفات:

١- التعرض للعقاب لتأخره الدراسى الأمر الذى يترتب عليه آثار نفسية وبدنية.

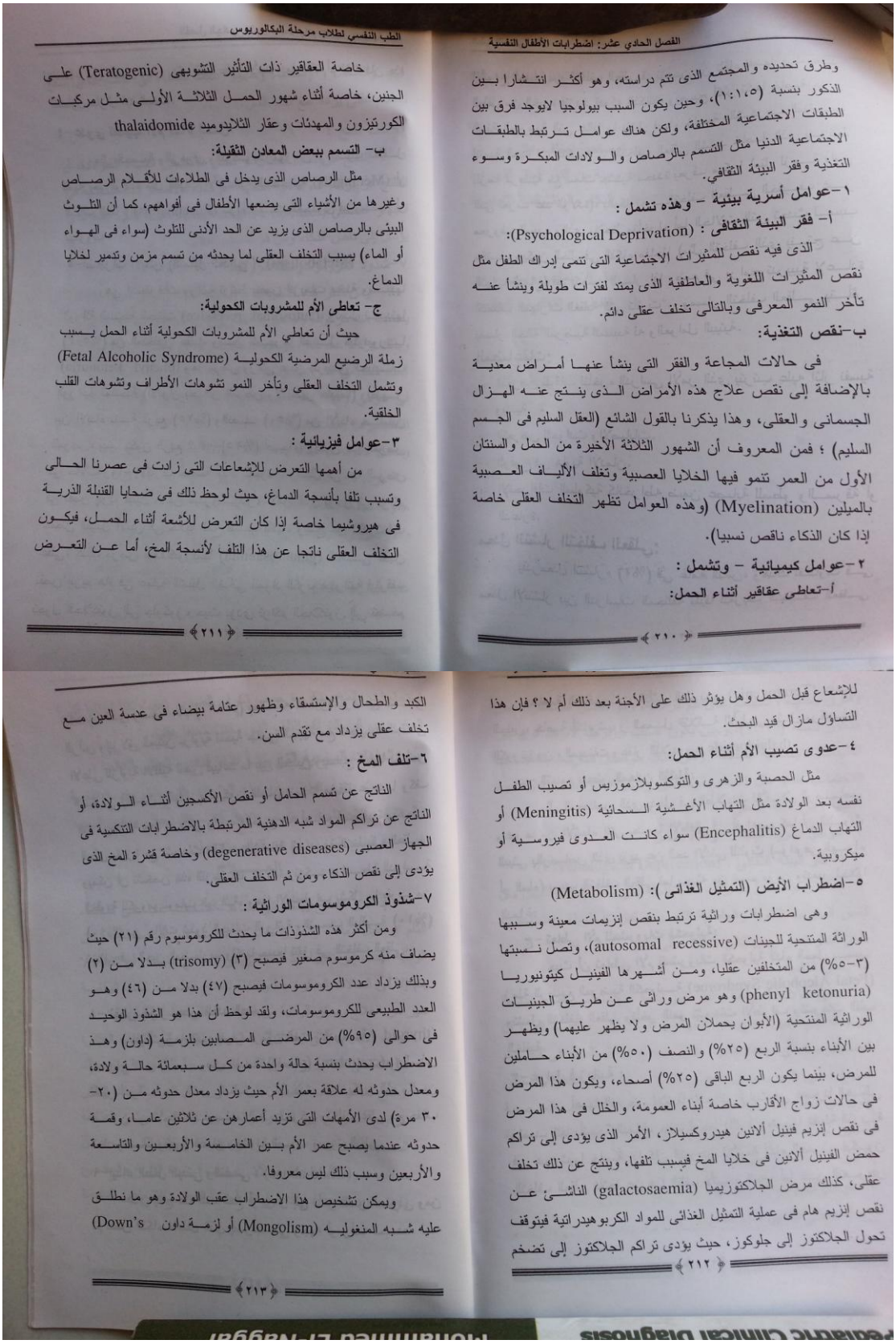
٢- التعرض للحوادث والإصابات.

٣- الوقوع فى هاوية الإدمان.

٤- الإنحرافات السلوكية كانخراطه ضمن عصابة للسطو والسرقة أو الدعارة.

معدل انتشار التخلف العقلي:

يقدرمعدل انتشاره (١%) فى عامة الناس، وهناك تفاوت فى معدل الانتشار بين الدراسات المختلفة طبقا لتعريف التخلف العقلى



الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

وطرق تحديده والمجتمع الذى تتم دراسته، وهو أكثر انتشارا بين الذكور بنسبة (١:١،٥)، وحين يكون السبب بيولوجيا لايوجد فرق بين الطبقات الاجتماعية المختلفة، ولكن هناك عوامل ترتبط بالطبقات الاجتماعية الدنيا مثل التسمم بالرصاص والولادات المبكرة وسوء التغذية وفقر البيئة الثقافي.

١-عوامل أسرية بيئية - وهذه تشمل :

أ- فقر البيئة الثقافى : (Psychological Deprivation):

الذى فيه نقص للمثيرات الاجتماعية التى تنمى إدراك الطفل مثل نقص المثيرات اللغوية والعاطفية الذى يمتد لفترات طويلة وينشأ عنه تأخر النمو المعرفى وبالتالى تخلف عقلى دائم.

ب-نقص التغذية:

فى حالات المجاعة والفقر التى ينشأ عنها أمراض معدية بالإضافة إلى نقص علاج هذه الأمراض الذى ينتج عنه الهزال الجسمانى والعقلى، وهذا يذكرنا بالقول الشائع (العقل السليم فى الجسم السليم) ؛ فمن المعروف أن الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل والسنتان الأول من العمر تنمو فيها الخلايا العصبية وتغلف الألياف العصبية بالميلين (Myelination) (وهذه العوامل تظهر التخلف العقلى خاصة إذا كان الذكاء ناقص نسبيا).

٢-عوامل كيميائية - وتشمل :

أ-تعاطى عقاقير أثناء الحمل:

خاصة العقاقير ذات التأثير التشوهى (Teratogenic) على الجنين، خاصة أثناء شهور الحمل الثلاثة الأولى مثل مركبات الكورتيزون والمهدئات وعقار الثاليدوميد thalaidomide

ب- التسمم ببعض المعادن الثقيلة:

مثل الرصاص الذى يدخل فى الطلاءات للأقلام الرصاص وغيرها من الأشياء التى يضعها الأطفال فى أفواههم، كما أن التلوث البيئى بالرصاص الذى يزيد عن الحد الأدنى للتلوث (سواء فى الهواء أو الماء) يسبب التخلف العقلى لما يحدثه من تسمم مزمن وتدمير لخلايا الدماغ.

ج- تعاطى الأم للمشروبات الكحولية:

حيث أن تعاطي الأم للمشروبات الكحولية أثناء الحمل يسبب زملة الرضيع المرضية الكحولية (Fetal Alcoholic Syndrome) وتشمل التخلف العقلى وتأخر النمو تشوهات الأطراف وتشوهات القلب الخلقية.

٣-عوامل فيزيائية :

من أهمها التعرض للإشعاعات التى زادت فى عصرنا الحالى وتسبب تلفا بأنسجة الدماغ، حيث لوحظ ذلك فى ضحايا القنبلة الذرية فى هيروشيما خاصة إذا كان التعرض للأشعة أثناء الحمل، فيكون التخلف العقلى ناتجا عن هذا التلف لأنسجة المخ، أما عن التعرض

للإشعاع قبل الحمل وهل يؤثر ذلك على الأجنة بعد ذلك أم لا ؟ فإن هذا التساؤل مازال قيد البحث.

٤-عدوى تصيب الأم أثناء الحمل:

مثل الحصبة والزهرى والتوكسوبلازموزيس أو تصيب الطفل نفسه بعد الولادة مثل التهاب الأغشية السحائية (Meningitis) أو التهاب الدماغ (Encephalitis) سواء كانت العدوى فيروسية أو ميكروبية.

٥-اضطراب الأيض (التمثيل الغذائى): (Metabolism)

وهى اضطرابات وراثية ترتبط بنقص إنزيمات معينة وسببها الوراثة المنتحية للجينات (autosomal recessive)، وتصل نسبتها (٣-٥%) من المتخلفين عقليا، ومن أشهرها الفينيل كيتونوريا (phenyl ketonuria) وهو مرض وراثى عن طريق الجينيات الوراثية المنتحية (الأبوان يحملان المرض ولا يظهر عليهما) ويظهر بين الأبناء بنسبة الربع (٢٥%) والنصف (٥٠%) من الأبناء حاملين للمرض، بينما يكون الربع الباقى (٢٥%) أصحاء، ويكون هذا المرض فى حالات زواج الأقارب خاصة أبناء العمومة، والخلل فى هذا المرض فى نقص إنزيم فينيل آلانين هيدروكسيلاز، الأمر الذى يؤدى إلى تراكم حمض الفينيل ألانين فى خلايا المخ فيسبب تلفها، وينتج عن ذلك تخلف عقلى، كذلك مرض الجلاكتوزيميا (galactosaemia) الناشئ عن نقص إنزيم هام فى عملية التمثيل الغذائى للمواد الكربوهيدراتية فيتوقف تحول الجلاكتوز إلى جلوكوز، حيث يؤدى تراكم الجلاكتوز إلى تضخم

الكبد والطحال والإستسقاء وظهور عتامة بيضاء فى عدسة العين مع تخلف عقلى يزداد مع تقدم السن.

٦-تلف المخ :

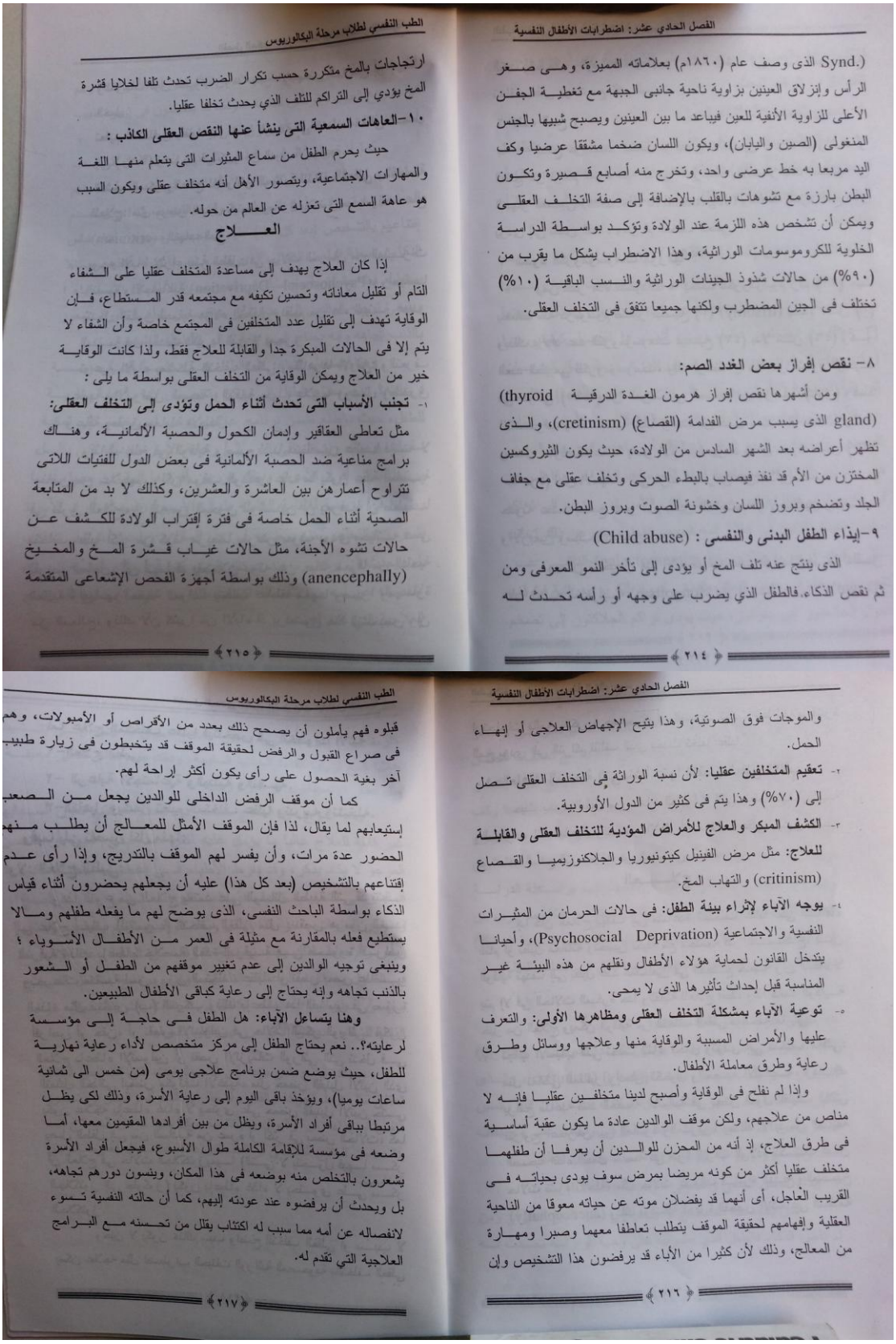
الناتج عن تسمم الحامل أو نقص الأكسجين أثناء الولادة، أو الناتج عن تراكم المواد شبه الدهنية المرتبطة بالاضطرابات التنكسية فى الجهاز العصبى (degenerative diseases) وخاصة قشرة المخ الذى يؤدى إلى نقص الذكاء ومن ثم التخلف العقلى.

٧-شذوذ الكروموسومات الوراثية :

ومن أكثر هذه الشذوذات ما يحدث للكروموسوم رقم (٢١) حيث يضاف منه كرموسوم صغير فيصبح (٣) (trisomy) بدلا من (٢) وبذلك يزداد عدد الكروموسومات فيصبح (٤٧) بدلا من (٤٦) وهو العدد الطبيعى للكروموسومات، ولقد لوحظ أن هذا هو الشذوذ الوحيد فى حوالى (٩٥%) من المرضى المصابين بلزمة (داون) وهذ الاضطراب يحدث بنسبة حالة واحدة من كل سبعمائة حالة ولادة، ومعدل حدوثه له علاقة بعمر الأم حيث يزداد معدل حدوثه من (٢٠-٣٠ مرة) لدى الأمهات التى تزيد أعمارهن عن ثلاثين عاما، وقمة حدوثه عندما يصبح عمر الأم بين الخامسة والأربعين والتاسعة والأربعين وسبب ذلك ليس معروفا.

ويمكن تشخيص هذا الاضطراب عقب الولادة وهو ما نطلق عليه شبه المنغولية (Mongolism) أو لزمة داون (Down's

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"



الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

(Synd.) الذى وصف عام (١٨٦٠م) بعلاماته المميزة، وهى صغر الرأس وإنزلاق العينين بزاوية ناحية جانبى الجبهة مع تغطية الجفن الأعلى للزاوية الأنفية للعين فيباعد ما بين العينين ويصبح شبيها بالجنس المنغولى (الصين واليابان)، ويكون اللسان ضخما مشققا عرضيا وكف اليد مربعا به خط عرضى واحد، وتخرج منه أصابع قصيرة وتكون البطن بارزة مع تشوهات بالقلب بالإضافة إلى صفة التخلف العقلى ويمكن أن تشخص هذه اللزمة عند الولادة وتؤكد بواسطة الدراسة الخلوية للكروموسومات الوراثية، وهذا الاضطراب يشكل ما يقرب من (٩٠%) من حالات شذوذ الجينات الوراثية والنسب الباقية (١٠%) تختلف فى الجين المضطرب ولكنها جميعا تتفق فى التخلف العقلى.

٨- **نقص إفراز بعض الغدد الصم:**

ومن أشهرها نقص إفراز هرمون الغدة الدرقية (thyroid gland) الذى يسبب مرض الفدامة (القصاع) (cretinism)، والذى تظهر أعراضه بعد الشهر السادس من الولادة، حيث يكون الثيروكسين المختزن من الأم قد نفذ فيصاب بالبطء الحركى وتخلف عقلى مع جفاف الجلد وتضخم وبروز اللسان وخشونة الصوت وبروز البطن.

٩-**إيذاء الطفل البدنى والنفسى :** (Child abuse)

الذى ينتج عنه تلف المخ أو يؤدى إلى تأخر النمو المعرفى ومن ثم نقص الذكاء. فالطفل الذي يضرب على وجهه أو رأسه تحدث له

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ارتجاجات بالمخ متكررة حسب تكرار الضرب تحدث تلفا لخلايا قشرة المخ يؤدي إلى التراكم للتلف الذي يحدث تخلفا عقليا.

١٠-**العاهات السمعية التى ينشأ عنها النقص العقلى الكاذب :**

حيث يحرم الطفل من سماع المثيرات التى يتعلم منها اللغة والمهارات الاجتماعية، ويتصور الأهل أنه متخلف عقلى ويكون السبب هو عاهة السمع التى تعزله عن العالم من حوله.

العـــلاج

إذا كان العلاج يهدف إلى مساعدة المتخلف عقليا على الشفاء التام أو تقليل معاناته وتحسين تكيفه مع مجتمعه قدر المستطاع، فإن الوقاية تهدف إلى تقليل عدد المتخلفين فى المجتمع خاصة وأن الشفاء لا يتم إلا فى الحالات المبكرة جدا والقابلة للعلاج فقط، ولذا كانت الوقاية خير من العلاج ويمكن الوقاية من التخلف العقلى بواسطة ما يلى :

١- **تجنب الأسباب التى تحدث أثناء الحمل وتؤدى إلى التخلف العقلى:** مثل تعاطى العقاقير وإدمان الكحول والحصبة الألمانية، وهناك برامج مناعية ضد الحصبة الألمانية فى بعض الدول للفتيات اللاتى تتراوح أعمارهن بين العاشرة والعشرين، وكذلك لا بد من المتابعة الصحية أثناء الحمل خاصة فى فترة إقتراب الولادة للكشف عن حالات تشوه الأجنة، مثل حالات غياب قشرة المخ والمخيخ (anencephally) وذلك بواسطة أجهزة الفحص الإشعاعى المتقدمة

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

والموجات فوق الصوتية، وهذا يتيح الإجهاض العلاجى أو إنهاء الحمل.

٢- **تعقيم المتخلفين عقليا:** لأن نسبة الوراثة فى التخلف العقلى تصل إلى (٧٠%) وهذا يتم فى كثير من الدول الأوروبية.

٣- **الكشف المبكر والعلاج للأمراض المؤدية للتخلف العقلى والقابلة للعلاج:** مثل مرض الفينيل كيتونيوريا والجلاكنوزيميا والقصاع (critinism) والتهاب المخ.

٤- **يوجه الآباء لإثراء بيئة الطفل:** فى حالات الحرمان من المثيرات النفسية والاجتماعية (Psychosocial Deprivation)، وأحيانا يتدخل القانون لحماية هؤلاء الأطفال ونقلهم من هذه البيئة غير المناسبة قبل إحداث تأثيرها الذى لا يمحى.

٥- **توعية الآباء بمشكلة التخلف العقلى ومظاهرها الأولى:** والتعرف عليها والأمراض المسببة والوقاية منها وعلاجها ووسائل وطرق رعاية وطرق معاملة الأطفال.

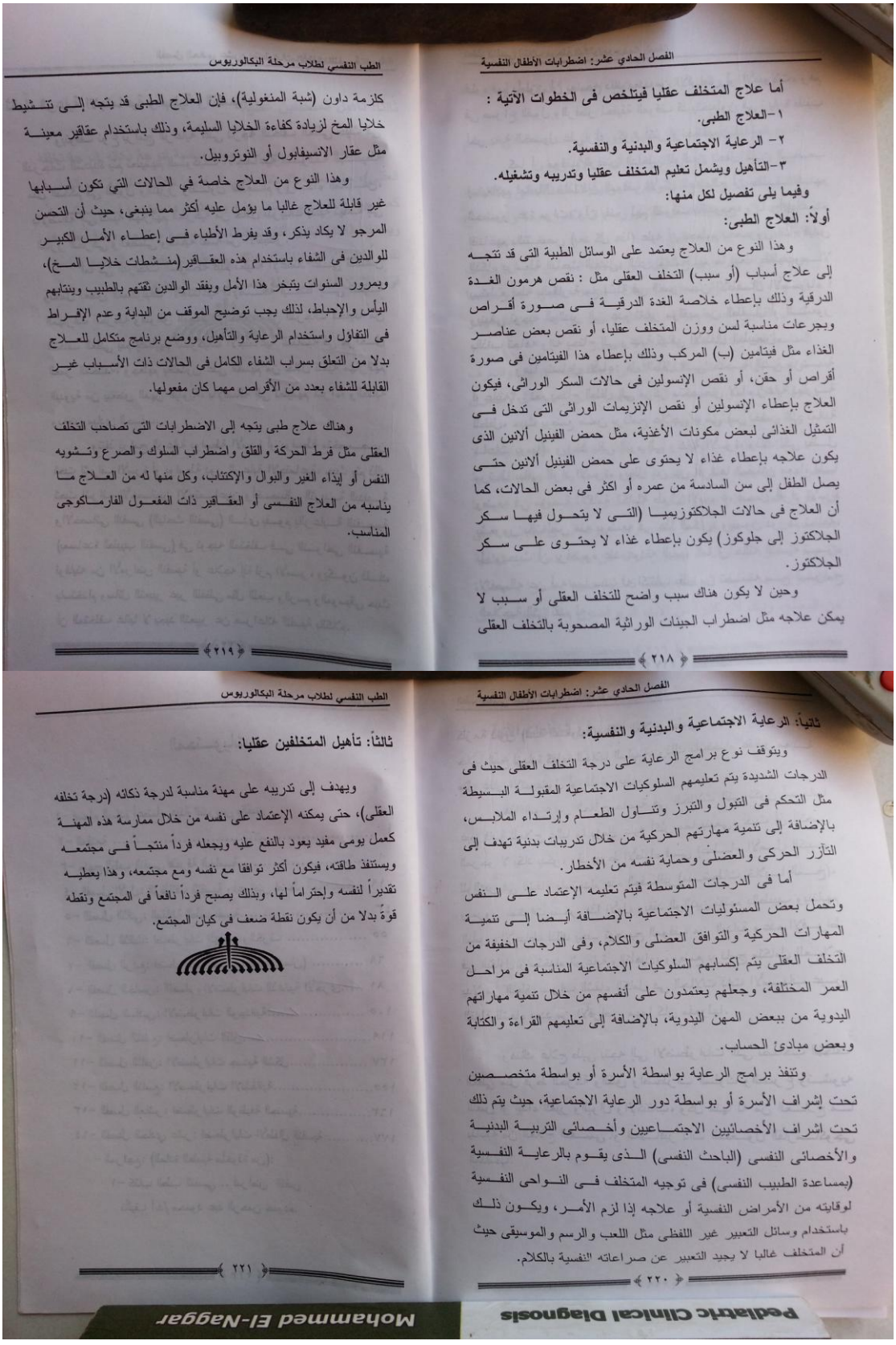
وإذا لم نفلح فى الوقاية وأصبح لدينا متخلفين عقليا فإنه لا مناص من علاجهم، ولكن موقف الوالدين عادة ما يكون عقبة أساسية فى طرق العلاج، إذ أنه من المحزن للوالدين أن يعرفا أن طفلهما متخلف عقليا أكثر من كونه مريضا بمرض سوف يودى بحياته فى القريب العاجل، أى أنهما قد يفضلان موته عن حياته معوقا من الناحية العقلية وإفهامهم لحقيقة الموقف يتطلب تعاطفا معهما وصبرا ومهارة من المعالج، وذلك لأن كثيرا من الآباء قد يرفضون هذا التشخيص وإن

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

قبلوه فهم يأملون أن يصحح ذلك بعدد من الأقراص أو الأمبولات، وهم فى صراع القبول والرفض لحقيقة الموقف قد يتخبطون فى زيارة طبيب آخر بغية الحصول على رأى يكون أكثر إراحة لهم.

كما أن موقف الرفض الداخلى للوالدين يجعل من الصعب إستيعابهم لما يقال، لذا فإن الموقف الأمثل للمعالج أن يطلب منهم الحضور عدة مرات، وأن يفسر لهم الموقف بالتدريج، وإذا رأى عدم إقتناعهم بالتشخيص (بعد كل هذا) عليه أن يجعلهم يحضرون أثناء قياس الذكاء بواسطة الباحث النفسى، الذى يوضح لهم ما يفعله طفلهم ومالا يستطيع فعله بالمقارنة مع مثيلة فى العمر من الأطفال الأسوياء ؛ وينبغى توجيه الوالدين إلى عدم تغيير موقفهم من الطفل أو الشعور بالذنب تجاهه وإنه يحتاج إلى رعاية كباقى الأطفال الطبيعين.

وهنا يتساءل الآباء: هل الطفل فى حاجة إلى مؤسسة لرعايته؟.. نعم يحتاج الطفل إلى مركز متخصص لأداء رعاية نهارية للطفل، حيث يوضع ضمن برنامج علاجى يومى (من خمس الى ثمانية ساعات يوميا)، ويؤخذ باقى اليوم إلى رعاية الأسرة، وذلك لكى يظل مرتبطا بباقى أفراد الأسرة، ويظل من بين أفرادها المقيمين معها، أما وضعه فى مؤسسة للإقامة الكاملة طوال الأسبوع، فيجعل أفراد الأسرة يشعرون بالتخلص منه بوضعه فى هذا المكان، وينسون دورهم تجاهه، بل ويحدث أن يرفضوه عند عودته إليهم، كما أن حالته النفسية تسوء لانفصاله عن أمه مما سبب له اكتئاب يقلل من تحسنه مع البرامج العلاجية التي تقدم له.



الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

أما علاج المتخلف عقليا فيتلخص فى الخطوات الآتية :

١-العلاج الطبى.

٢- الرعاية الاجتماعية والبدنية والنفسية.

٣-التأهيل ويشمل تعليم المتخلف عقليا وتدريبه وتشغيله.

وفيما يلى تفصيل لكل منها:

أولاً: العلاج الطبى:

وهذا النوع من العلاج يعتمد على الوسائل الطبية التى قد تتجه إلى علاج أسباب (أو سبب) التخلف العقلى مثل : نقص هرمون الغدة الدرقية وذلك بإعطاء خلاصة الغدة الدرقية فى صورة أقراص وبجرعات مناسبة لسن ووزن المتخلف عقليا، أو نقص بعض عناصر الغذاء مثل فيتامين (ب) المركب وذلك بإعطاء هذا الفيتامين فى صورة أقراص أو حقن، أو نقص الإنسولين فى حالات السكر الوراثى، فيكون العلاج بإعطاء الإنسولين أو نقص الإنزيمات الوراثى التى تدخل فى التمثيل الغذائى لبعض مكونات الأغذية، مثل حمض الفينيل ألانين الذى يكون علاجه بإعطاء غذاء لا يحتوى على حمض الفينيل ألانين حتى يصل الطفل إلى سن السادسة من عمره أو اكثر فى بعض الحالات، كما أن العلاج فى حالات الجلاكتوزيميا (التى لا يتحول فيها سكر الجلاكتوز إلى جلوكوز) يكون بإعطاء غذاء لا يحتوى على سكر الجلاكتوز.

وحين لا يكون هناك سبب واضح للتخلف العقلى أو سبب لا يمكن علاجه مثل اضطراب الجينات الوراثية المصحوبة بالتخلف العقلى

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

كلزمة داون (شبة المنغولية)، فإن العلاج الطبى قد يتجه إلى تنشيط خلايا المخ لزيادة كفاءة الخلايا السليمة، وذلك باستخدام عقاقير معينة مثل عقار الانسيفابول أو النوتروبيل.

وهذا النوع من العلاج خاصة في الحالات التي تكون أسبابها غير قابلة للعلاج غالبا ما يؤمل عليه أكثر مما ينبغى، حيث أن التحسن المرجو لا يكاد يذكر، وقد يفرط الأطباء فى إعطاء الأمل الكبير للوالدين فى الشفاء باستخدام هذه العقاقير(منشطات خلايا المخ)، وبمرور السنوات يتبخر هذا الأمل ويفقد الوالدين ثقتهم بالطبيب وينتابهم اليأس والإحباط، لذلك يجب توضيح الموقف من البداية وعدم الإفراط فى التفاؤل واستخدام الرعاية والتأهيل، ووضع برنامج متكامل للعلاج بدلا من التعلق بسراب الشفاء الكامل فى الحالات ذات الأسباب غير القابلة للشفاء بعدد من الأقراص مهما كان مفعولها.

وهناك علاج طبى يتجه إلى الاضطرابات التى تصاحب التخلف العقلى مثل فرط الحركة والقلق واضطراب السلوك والصرع وتشويه النفس أو إيذاء الغير والبوال والإكتئاب، وكل منها له من العلاج ما يناسبه من العلاج النفسى أو العقاقير ذات المفعول الفارماكوجى المناسب.

الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية

ثانياً: الرعاية الاجتماعية والبدنية والنفسية:

ويتوقف نوع برامج الرعاية على درجة التخلف العقلى حيث فى الدرجات الشديدة يتم تعليمهم السلوكيات الاجتماعية المقبولة البسيطة مثل التحكم فى التبول والتبرز وتناول الطعام وإرتداء الملابس، بالإضافة إلى تنمية مهاراتهم الحركية من خلال تدريبات بدنية تهدف إلى التآزر الحركى والعضلى وحماية نفسه من الأخطار.

أما فى الدرجات المتوسطة فيتم تعليمه الإعتماد على النفس وتحمل بعض المسئوليات الاجتماعية بالإضافة أيضا إلى تنمية المهارات الحركية والتوافق العضلى والكلام، وفى الدرجات الخفيفة من التخلف العقلى يتم إكسابهم السلوكيات الاجتماعية المناسبة فى مراحل العمر المختلفة، وجعلهم يعتمدون على أنفسهم من خلال تنمية مهاراتهم اليدوية من ببعض المهن اليدوية، بالإضافة إلى تعليمهم القراءة والكتابة وبعض مبادئ الحساب.

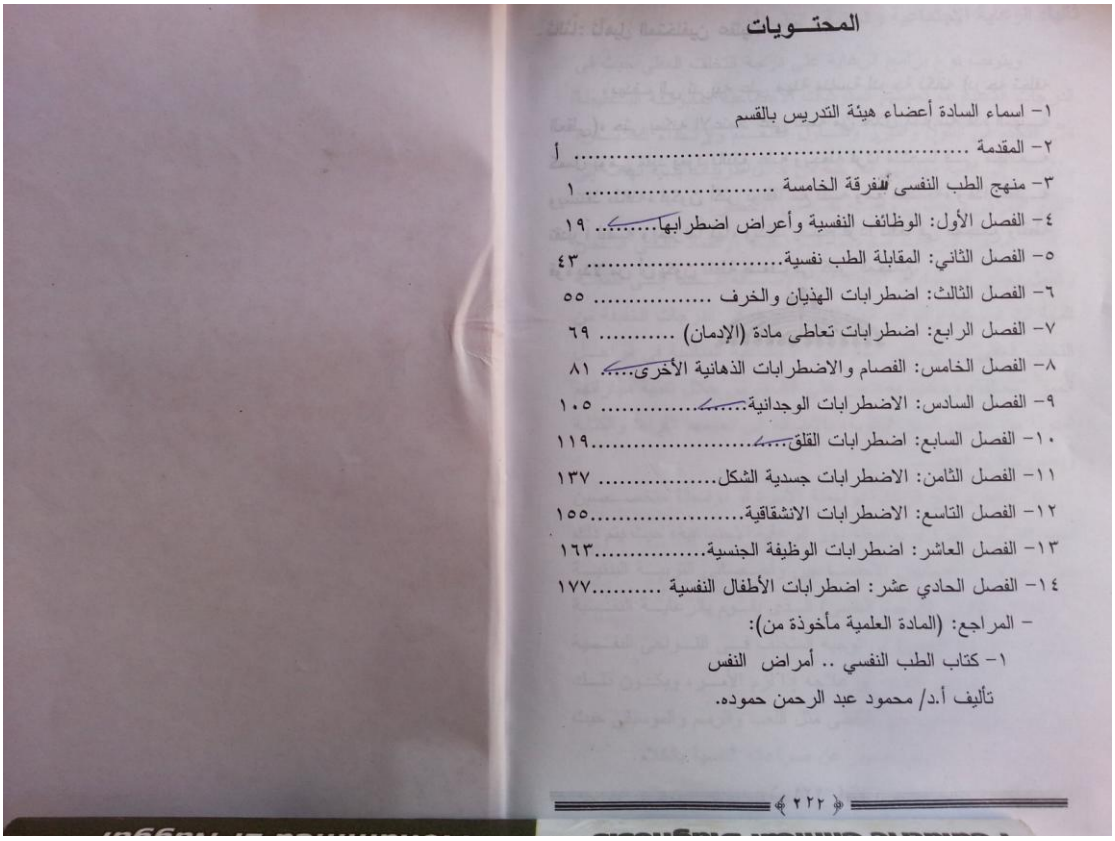
وتنفذ برامج الرعاية بواسطة الأسرة أو بواسطة متخصصين تحت إشراف الأسرة أو بواسطة دور الرعاية الاجتماعية، حيث يتم ذلك تحت اشراف الأخصائيين الاجتماعيين وأخصائى التربية البدنية والأخصائى النفسى (الباحث النفسى) الذى يقوم بالرعاية النفسية (بمساعدة الطبيب النفسى) فى توجيه المتخلف فى النواحى النفسية لوقايته من الأمراض النفسية أو علاجه إذا لزم الأمر، ويكون ذلك باستخدام وسائل التعبير غير اللفظى مثل اللعب والرسم والموسيقى حيث أن المتخلف غالبا لا يجيد التعبير عن صراعاته النفسية بالكلام.

الطب النفسي لطلاب مرحلة البكالوريوس

ثالثاً: تأهيل المتخلفين عقليا:

ويهدف إلى تدريبه على مهنة مناسبة لدرجة ذكائه (درجة تخلفه العقلى)، حتى يمكنه الإعتماد على نفسه من خلال ممارسة هذه المهنة كعمل يومى مفيد يعود بالنفع عليه ويجعله فرداً منتجاً فى مجتمعه ويستنفذ طاقته، فيكون أكثر توافقا مع نفسه ومع مجتمعه، وهذا يعطيه تقديراً لنفسه وإحتراماً لها، وبذلك يصبح فرداً نافعاً فى المجتمع ونقطه قوة بدلا من أن يكون نقطة ضعف فى كيان المجتمع.

Pediatric Clinical Diagnosis
Mohammed El-Naggar



المحتـــويات

١- اسماء السادة أعضاء هيئة التدريس بالقسم

٢- المقدمة ..... أ

٣- منهج الطب النفسى للفرقة الخامسة ١

٤- الفصل الأول: الوظائف النفسية وأعراض اضطرابها..... ١٩

٥- الفصل الثاني: المقابلة الطب نفسية..... ٤٣

٦- الفصل الثالث: اضطرابات الهذيان والخرف ٥٥

٧- الفصل الرابع: اضطرابات تعاطى مادة (الإدمان) ٦٩

٨- الفصل الخامس: الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى..... ٨١

٩- الفصل السادس: الاضطرابات الوجدانية..... ١٠٥

١٠- الفصل السابع: اضطرابات القلق..... ١١٩

١١- الفصل الثامن: الاضطرابات جسدية الشكل..... ١٣٧

١٢- الفصل التاسع: الاضطرابات الانشقاقية..... ١٥٥

١٣- الفصل العاشر: اضطرابات الوظيفة الجنسية..... ١٦٣

١٤- الفصل الحادي عشر: اضطرابات الأطفال النفسية ١٧٧

- المراجع: (المادة العلمية مأخوذة من):

١- كتاب الطب النفسي .. أمراض النفس

تأليف أ.د/ محمود عبد الرحمن حموده.

ثبت في سنن الترمذي وابن ماجة أن النبي " صلى الله عليه وسلم قال " أفضل الذكر : لا إله إلا الله ،، وأفضل الدعاء : الحمد لله "قال تعالي " لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ"